HUBUNGAN ANTARA RUMAH TANGGA SEHAT DENGAN KEJADIAN PNEUMONIA PADABALITA DI KABUPATEN TRENGGALEK

OLEH :
RATNA SULISTYOWATI
NIM : S520908009

PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS SEBELAS MARET
PROGRAM STUDI Magister Kedokteran KELUARGA
MINAT UTAMA PELAYANAN PROFESI KEDOKTERAN
2010

HUBUNGAN ANTARA RUMAH TANGGA SEHAT DENGAN KEJADIAN PNEUMONIA PADA BALITA DI KABUPATEN TRENGGALEK

Disusun oleh :

RATNA SULISTYOWATI

S 520908009

Telah Disetujui oleh Tim Pembimbing:

Dewan Pembimbing

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Pembimbing I :	Prof.Dr.dr. Harsono Salimo SpA (K)	.....	.....
Pembimbing II :	dr. Putu Suriyasa,MS.,PKK.,SPOK.,	.....	.....

Mengetahui

Ketua Program Magister Kedokteran Keluarga

Prof. DR.dr. Didik Tamtomo, MM.MKK.PAK
NIP. 19480313 197610 1 001

HUBUNGAN ANTARA RUMAH TANGGA SEHAT DENGAN KEJADIAN PNEUMONIA PADA BALITA DI KABUPATEN TRENGGALEK

Disusun oleh :

RATNA SULISTYOWATI

S 520908009

Telah Disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji:

Pada tanggal : Agustus 2010

Dewan Penguji

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua	:Prof.Dr.dr.DidikTamtomo,MM,MKK,PAK.	.....	.....
Sekretaris :	Prof.dr. Bhisma Murti.MPH.MSc.PhD.	.....	.....
Anggota 1.	Prof.Dr.dr. Harsono Salimo SpA (K)	.....	.....
2.	dr. Putu Suriyasa,MS.,PKK.,SPOK.,	.....	.....

Mengetahui	Surakarta, Agustus 2010
Direktur Program Pasca Sarjana	Ketua Program Studi
Universitas Sebelas Maret	Magister Kedokteran Keluarga
Prof. Drs. Suranto,MSc, PhD.	Prof.DR.dr. Didik Tamtomo, MM.MKK.PAK
NIP. 19570820 198503 1 004	NIP. 19480313 197610 1 001

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya yang pernah diterbitkan orang lain, kecuali yang secara terulis diacu dalam tesis ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Trenggalek, Agustus 2010

Ratna Sulistyowati

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah Subhanau Wata'ala, atas segala limpahan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyeleseikan teis yang berjudul " Hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia pada Balita di Kabupaten Trenggalek. Tesis diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Program Studi Kedokteran Keluarga Minat Utama Pelayanan Profesi Kedokteran.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, banyak kelemahan dan kekurangannya,serta tidak lepas dari hambatan dan kesulitan. Namun berkat bantuan, bimbingan, dorongan dan perhatian dari berbagai pihak penulis dapat dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang tulus kepada yang terhormat :

1. Direktur Program Sarjana Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta dan jajarannya beserta staf.
2. Prof.Dr.dr. Harsono Salimo SpA(K), selaku pembimbing utama atas bimbingan, waktu dan tenaga yang telah memberikan arahan dalam pelaksanaan penelitian dan koreksi serta perbaikan dalam penulisan tesis ini.
3. dr. Putu Suryasa, MS.,PKK.,SpOK., selaku pembimbing kedua atas bimbingan, saran dan dorongan moril kepada penulis.
4. Prof.Dr.dr. Bhisma Murti, MPH.,MSc.,PhD., selaku penguji atas kesediaannya untuk memberikan banyak waktu, bimbingan, saran dan kritik untuk perbaikan tesis ini terutama dalam metodologi penelitian dan statistik sehingga banyak memberikan inspirasi dan pengalaman berharga bagi penulis.
5. dr. Balqis CM-FM., selaku penguji atas kritik dan saran yang telah diberikan guna perbaikan tesis ini.

6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek beserta staf yang telah memberikan ijin penelitian, bantuan alat dan tenaga sehingga penelitian dapat berjalan lancar.
7. Direktur RSUD dr.Soedomo Trenggalek yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret.
8. Suamiku tercinta Ichwanu Kusno SKM,MKes., yang dengan penuh kesabaran, kasih sayang dan ketelatelan serta ketiga anakku, Vichra, Bela dan Aisy yang telah memberikan doa, dorongan, dukungan dan semangat sehingga memberikan kekuatan dan motivasi bagi penulis untuk menempuh dan menyelesaikan pendidikan sampai terssunnya tesis ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan perlindungan, kasih sayang yang berkah-Nya bagi keluarga kita.
9. Teman sejawat mahasiswa Program Pasca Sarjana Program Studi Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberikan bantuan dan motivasi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
10. Responden yang telah memberikan data dan bersedia untuk ikut berperan serta dalam proses penelitian sehingga tesis ini dapat tersusun.
11. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dorongan kepada penulis sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu dengan hati yang tulus penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun. Semoga tesis ini dapat memberikan sumbangan bagi Kedokteran Keluarga. Akhir kata semoga tesis ini berharga bagi pembaca.

Persembahan

Karya sederhana ini saya persembahkan untuk :

1. **Kedua orangtuaku yang telah membesarkan dan mendidikku hingga dewasa**
2. **Suamiku yang selalu menyayangi, membimbing dan mendampingi hidupku dengan kesabaran yang luar biasa**
3. **Bapak ibu guru yang telah mengajari dan memberikan ilmu pengetahuan kepadaku**
4. **Ketiga putriku yang memberikan semangat dan warna yang lebih berarti dalam kehidupanku**
5. **Saudaraku yang telah membantu dan selalu mendukungku.**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
LEMBAR PENGESAHAN ii
PERNYATAAN ……..……... iii
KATA PENGANTAR ……..……... iv
PERSEMBAHAN …….…… vi
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL …….……. ix
DAFTAR GAMBAR …….. x
DAFTAR LAMPIRAN …….…… xi
ABSTRAK …….. xii
ABSTRACT ……... xiii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Perumusan Masalah 5
C. Tujuan Penelitian..... 5
D. Manfaat Penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A. Pengertian 8
B. Rumah Tangga Sehat..... 9
C. Manfaat PHBS 10
D. Pneumonia …….. 13
E. Hubungan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia…. ……. 18
F. Kerangka konsep ……. 31
H. Hipotesis ……. 32
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN ……. …..... 33
A. Jenis dan Rancangan penelitian 33
B. Loksi Penelitian 33
C. Populasi dan Sampel 33
D. Waktu Penelitian 33
E. Cara Pengambilan subyek penelitian …..... 34

G. Variabel Penelitian 35
H. Analisa data 35
I. Definisi Operasonal 37
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN …… 40
A.Analisa hasil …… 40
a.Distribusi karakteristik responden …… 40
b.Analisa Diskriptif ……. 41
c.Hasil analisis Hubungan Rumah Tangga Sehat dengan Kejadian Pneumonia…… 46
d.Hasil analisa regresi logistik …… 46
B.Pembahasan ……. 48
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN ……. 54
A.Kesimpulan ...……... 54
B.Saran …… 54
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Klasifikasi penyakit pneumonia berdasarkan kelompok umur dan Gejala yang menyertainya ……17

Tabel 3.1 : Pengolahan dan analisa data…….35

Tabel 4.1 : Karakteris tik data sampel menurut data katagorikal ……...39

Tabel 4.2 : Distribusi frekuensi penderita dan bukan pneumonia menurut pertolongan persalinan dan ASI ekslusif……40

Tabel 4.3 : Distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut jenis lantai rumah……..41

Tabel 4.4 : Distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut luas lantai,jumlah kamar dan luas jendela dan luas jendela……42

Tabel 4.5 : Distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut gaya hidup sehat……44

Tabel 4.6 : Distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut kriteria rumah Tangga……...44

Tabel 4.7. : Hasil analisis hubungan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia pada balita ……46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Kerangka konsep Hubungan Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia ...……. 31

Gambar 4.1 : Proporsi pneumonia balita pada rumah tangga sehat dan rumah tangga tidak sehat ……. 45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pernyataan kesediaan menjadi responden …… 59

Lampiran 2 : Identitas responden (keluarga) …….. 60

Lampiran 3 : Kuesioner …… 61

Lampiran 4 : Hasil Analisa Deskriptif …… 63

Lampiran 5 : Hasil pengolahan Data (Uji regresi Logistik Ganda) ……. 72

ABSTRAK

Ratna Sulistyowati, S520809009, Hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian Pneumonia pada Balita di Kabupaten Trenggalek, Magister Kedokteran Keluarga Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Pneumonia merupakan salah satu penyakit yang telah menyebabkan kematian pada ± 13 juta bayi dan Balita di dunia setiap tahun. Di Indonesia kejadian pneumonia pada Balita diperkirakan 10-20% pertahun dengan angka kematian 5 per 1000 Balita atau sebanyak 140.000 Balita pertahun.
Keadaan ini berkaitan erat dengan berbagai kondisi yang melatar-belakanginya seperti malnutrisi, kondisi lingkungan, polusi di dalam rumah seperti asap, debu dan sebagainya.Faktor perilaku kesehatan yang mencakup perilaku beresiko terhadap penyakit menular dan perilaku hidup bersih dan sehat yang menjadi indikator Rumah Tangga Sehat mempunyai peran penting untuk timbulnya kejadian suatu penyakit termasuk pneumonia

Jenis penelitian adalah Potong Lintang. Penelitian dilakukan di 4 wilayah Puskesmas, yaitu Puskesmas Trenggalek, Rejowinangun, Pogalan dan Karangnyar, Kabupaten Trenggalek, pada periode April sampai juni 2010. Wilayah Puskesmas ditentukan berdasarkan jumlah kasus terbanyak pada satu tahun sebelumnya. Besar sampel adalah seluruh penderita yang ditemukan di 4 Puskesmas selama bulan April sampai Juni sebanyak 88 penderita (Total Populasi, N=n), sedangkan kontrol diambil dari Balita yang tidak sakit yang berada di sekitar penderita sejumlah 89 Balita. Pengolahan data dengan SPSS 17, diuji dengan regresi logistik ganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Tangga tidak Sehat memiliki risiko untuk mengalami pnumonia 6.8 kali lebih besar daripada anak balita yang tinggal dengan rumahtangga sehat. Peningkatan risiko tersebut secara statistik signifikan (OR=6.8; $p<0.001$; CI95% 3.2 sd 14.3). CI95% 3.2 sd 14.3 mengandung arti, dengan tingkat keyakinan 95% dapat disimpulkan, anak balita yang tinggal dengan rumahtangga tidak sehat memiliki risiko untuk mengalami pnumonia antara 3.2 hingga 14.3 kali lebih besar daripada anak balita yang tingga dengan rumah tangga sehat.

Dari penelitian ini dapat disimpulkan, bahwa terdapat hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia pada balita yang secara statistik signifikan. Anak balita yang tinggal dengan Rumah Tangga Sehat memiliki resiko lebih kecil untuk mengalami pneumonia dibandingkan dengan anak balita yang tinggal dengan Rumah Tangga Tidak Sehat. Disarankan kepada Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan para Dokter Keluarga untuk lebih mengintensifkan upaya promosi dan pembinaan dalam rangka mewujudkan Rumah Tangga Sehat.

Kata Kunci : Rumah Tangga Sehat, Kejadian Pneumonia

ABSTRACT

Ratna Sulistyowati, S520908009, 2010. Healthy Household relationship between the incidence of pneumonia. Tesis Master Program in Family Medicine, Post Graduate Program, Sebelas Maret University Surakarta.

Pneumonia is one disease that has caused the death of ± 13 million infants and babies in the world every year. In Indonesia pneumonia in children under five years is estimated 10-20% annually with a mortality rate of 5 per 1000 children under five years or 140,000 babies every year. This situation is closely related to various conditions that lie behind them, such as malnutrition, environmental conditions, pollution in the home such as smoke, dust, and as. Behavioral factors that include behavioral health at risk to communicable diseases and behavioral health and clean living as indicators Healthy Household has an important role for the occurrence of a disease, including pneumonia.

The study was cross sectional . The study was conducted in four health center areas, namely Health Center Psychology Rejowinangun, Pogalan and Karangnyar, Trenggalek, in the period April to June 2010. Regional Health Center is determined by the highest number of cases in the previous year. Sample size is found in all patients at four health centers during the months of April through June as many as 88 patients (total population, N = n), while the control was taken from babies who are not sick to be around people with some 89 children. Data processing with SPSS 17, tested with multiple logistic regression.

The results showed that Household was not healthy are at risk for experiencing pnumonia 6.8 times greater than infants and children who live with a healthy household. The increased risk was statistically significant (OR = 6.8, p <0001; CI95% 3.2 sd 14.3). CI95% 3.2 14.3 mean sd, with 95% confidence level can be concluded, infants and children who live with unhealthy households are at risk for experiencing pnumonia between 2.3 to 14.3 times greater than the residence of children under five with a healthy household.

From this research can be concluded, that there is a relationship between Healthy Households with pneumonia in infants who are statistically significant. Children under five who lived with Healthy Households have a smaller risk for experiencing pneumonia compared with infants and children who live with Household Unsound. Suggested to the Public Health Service, Health Center, and the Family Physician to further intensify promotion efforts and guidance in order to achieve Healthy Household.

Keywords : Healthy Household, Pneumonia Incidence

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) khususnya Pneumonia masih merupakan penyakit utama penyebab kesakitan dan kematian bayi dan Balita. Menurut WHO ± 13 juta anak Balita di dunia meninggal setiap tahun dan 95% kematian tersebut berada di negara berkembang. Pneumonia merupakan penyebab kematian utama Di negara – negara berkembang dengan membunuh empat juta anak Balita setiap tahun. Keadaan ini berkaitan erat dengan berbagai kondisi yang melatar-belakanginya seperti malnutrisi, kondisi lingkungan, polusi di dalam rumah seperti asap, debu dan sebagainya. (Ditjen P2M Depkes, 2006 ; Rizanda, 2007; Sacarlal, 2009).

Baik di negara maju maupun di negara berkembang pneumonia masih merupakan ancaman yang serius dan mengancam jiwa. di Amerika Serikat, angka kesakitan pneumonia dan bronkitis meliputi 20-30 per 1000 anak Balita setiap tahun, sedang di India dan papua Nugini meliputi 90-110 per 1000 anak Balita. Kejadian pneumonia makin meningkat pada anak umur kurang dari satu tahun yaitu 180 per 1000 anak di India dan 256 per 1000 anak di Papua Nugini (Ditjen P2M Depkes ,2005).

Di Indonesia kejadian pneumonia pada Balita diperkirakan 10-20% per tahun dan 10% dari penderita pneumonia Balita akan meninggal bila tidak diberi pengobatan, yang berarti bahwa tanpa pengobatan akan didapat 250.000 kematian Balita akibat pneumonia setiap tahunnya. Perkiraan angka kematian pneumonia pada Balita secara nasional adalah 5 per 1000 Balita

atau sebanyak 140.000 Balita per tahun, atau rata-rata 1 anak Balita Indonesia meninggal akibat pneumonnia setiap 5 menit.(SKRT,2001). Setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA per tahun, ini berarti seorang Balita rata-rata mendapat serangan batuk pilek sebanyak 3 sampai 6 kali per tahun. Sebagai kelompok penyakit, ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien ke sarana kesehatan. Sebanyak 40%-60% kunjungan berobat ke Puskesmas dan 15%-30% kunjungan berobat di bagian rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit disebabkan oleh ISPA.(Ditjen P2PL Depkes,2006)

Dari hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, menunjukkan bahwa 32,10 % kematian bayi dan 38,80% kematian anak Balita disebabkan oleh ISPA sedangkan dari hasil SKRT tahun 2001, menunjukkan bahwa 27,60% kematian bayi dan 22,80% kematian anak Balita disebabkan oleh ISPA. Hasil ekstrapolasi dari data SKRT 2001, menunjukkan bahwa Angka Kematian Balita akibat sistem pernafasan adalah 4,9/1000 Balita. Sekitar 80-90% dari kematian ini disebabkan oleh Pneumonia.

Berdasarkan hasil Surkesnas 2001 memperlihatkan bahwa angka kesakitan ISPA pada anak usia < 1 tahun sebesar 38,7% dan pada anak usia 1-4 tahun sebesar 42,2%. Sedangkan proporsi kematian karena penyakit sistem pernafasan pada bayi (usia < 1 tahun) di Jawa-Bali sebesar 23,9% di Sumatera sebesar 15,8%, serta sebesar 42,6% di kawasan Timur Indonesia. Sedangkan pada anak balita (usia 1-5 tahun) sebesar 16,7% di Jawa-Bali, di Sumatera sebesar 29,4%, dan sebesar 30,3% di kawasan Timur Indonesia. Berdasarkan wilayah terjadinya penyakit, penyebab kematian tertinggi di

Kawasan Timur Indonesia adalah penyakit infeksi (27,4%) dan nomor dua adalah penyakit sistem pernafasan (16%). Secara geografis (tempat tinggal), kejadian penyakit pernafasan lebih tinggi di pedesaan (14,5%) dibandingkan dengan perkotaan (9,9%). (Ditjen P2 PL Depkes,2006)

Di Jawa Timur penderita pneumonia tahun 2005 sebesar 89.410 dengan jumlah penderita yang ditangani sebesar 62.629 (cakupan penanganan 70,05%), sedangkan jumlah penderita tahun 2006 sebanyak 98.050 dengan jumlah penderita ditangani 93.215 (cakupan penanganan 95,07%). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan cakupan penemuan penderita pada tahun 2006 sebanyak 8.640 orang (9,66%) dengan cakupan penanganan sebesar 25,02%. (Bidang P2PL Dinkes Jatim,2006)

Di Kabupaten Trenggalek, jumlah penderita Pneumonia yang ditemukan selama tahun 2008 sebanyak 650 penderita (insidens 1,32%), sedangkan pada tahun 2009 ditemukan penderita sebanyak 716 penderita (insidens 1,43%), proporsi penderita terbanyak pada kelompok umur 1 - 4 tahun yaitu sebanyak 508 penderita (70,95%) sedangkan pada kelompok umur < 1 tahun sebanyak 208 penderita (proporsi 29,05%). Berdasarkan klasifikasi pneumonia, sebanyak 79 penderita dengan klasifikasi pneumonia berat (11,03%) dan klasifikasi Pneumonia sebanyak 637 (88,97%). Selanjutnya berdasarkan tempat asal penderita proporsi terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Rejowinangun (18,16%), Karangan (10,05%), Pogalan (9,92%). (Bidang P2PL Dinkes Kab. Trenggalek, 2008). Sedangkan cakupan rumah tangga sehat dengan 10 indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Kabupaten Trenggalek tahun 2006 masih sangat rendah yaitu baru mencapai 10,15% dari target sebesar 37%.

Faktor perilaku kesehatan yang mencakup perilaku beresiko terhadap penyakit menular dan perilaku hidup bersih dan sehat di Kabupaten Trenggalek juga masih renndah. Hal ini terlihat dari hasil survei terhadap 10 indikator PHBS indikator Tidak merokok, Asi Eksklusif, Cuci tangan dan Diet sayur dan buah masih sangat rendah. Lingkungan, terutama keadaan rumah khususnya ruang dapur, dapat mempengaruhi kejadian ISPA termasuk pneumonia. Polusi udara atau pencemaran udara di dalam rumah akibat penggunaan kayu/arang sebagai bahan bakar memasak menjadi faktor penyebab penting kejadian ISPA. Ventilasi untuk sirkulasi/pergantian udara di dapur mempengaruhi kejadian ISPA. Dapur merupakan salah satu sumber pencemaran dalam rumah terumata jika dapur menjadi satu dengan ruang utama dan ventilasi dari dapur tidak memenuhi syarat kesehatan. (WHO, 2005)

Melihat besarnya resiko yang ditimbulkan pneumonia terhadap kejadian kesakitan maupun kematian pada Balita, maka perlu dilakukan penanganan secara khusus melalui kecepatan keluarga dalam membawa penderita ke unit pelayanan kesehatan yang didukung dengan ketrampilan petugas dalam penatalaksanaan penderita secara baik dan benar. Sasaran utama penatalaksanaan adalah penderita yang datang berobat di sarana pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Polindes. Hal ini sesuai dengan strategi dari program penanggulangan pneumonia pada Balita oleh Departemen Kesehatan (Ditjen P2PL Depkes RI, 2006; Sacarlal, 2009).

Atas dasar uraian diatas timbul pertanyaan : mengapa pneumonia masih menjadi penyebab kematian utama pada Balita?; Faktor apa saja yang

mempengaruhi timbulnya kejadian penyakit pneumonia pada Balita?. Untuk menjawab pertanyaan tersebut peneliti mencoba ingin mengetahui hubungan Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita, melalui suatu penelitian yang dilakukan di Kabupaten Trenggalek selama 3 bulan dengan pertimbangan sebagai berikut :

1. Penyakit ISPA merupakan masalah utama kesehatan di Kabupaten Trenggalek (menduduki urutan pertama dari 10 penyakit menonjol di Kabupaten Trenggalek)
2. Di Kabupaten Trenggalek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat masih rendah
3. Di Kabupaten Trenggalek belum pernah dilakukan penelitian yang berkaitan dengan P2 ISPA.
4. Karena keterbatasan waktu diharapkan kasus yang ditemukan dapat mencukupi untuk keperluan penelitian.

B. Perumusan Masalah.

Atas dasar uraian latar belakang tersebut diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini dapat disusun dalam suatu pertanyaan sebagai berikut : Adakah hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita?

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum :

   Untuk menganalisa hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

2. Tujuan khusus :

   a. Untuk mengetahui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta Gaya Hidup Sehat Rumah Tangga yang mempunyai Balita.

b. Untuk melakukan analisa hubungan antara Kepadatan hunian dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

c. Untuk melakukan analisa hubungan antara Jenis lantai rumah dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

d. Untuk melakukan analisa hubungan antara Pertolongan Persalinan dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

e. Untuk melakukan analisa hubungan antara pemberian ASI ekslusif dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

f. Untuk menganalisa hubungan antara gaya hidup sehat yang meliputi makan buah dan sayur, melakukan aktifitas fisik setiap hari dan kebiasaan merokok di dalam rumah dengan kejadian pneumonia pada Balita.

D. Manfaat Penelitian.

1. Manfaat Teoritis

Sebagai dasar untuk pengembangan penelitian lain yang lebih spesifik dan mendalam tentang perilaku anggota keluarga Balita dirumah dan kondisi lingkungsn rumah yang secara statistik ada hubungan dengan kejadian pneumonia pada Balita.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat:

Membantu memberikan bimbingan dan pemahaman tentang rumah tangga sehat dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam hubunganya dengan terjadinya penyakit pneumonia pada Balita.

b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek

Hasil penelitian diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan guna menyusun rumusan kebijakan dan strategi dalam upaya meningkatkan cakupan penemuan penderita Pneumonia dan menurunkan kejadian kematian karena pneumonia.

c. Bagi Pelayanan Profesi Kedokteran

Memberikan gambaran bagi dokter yang bekerja supaya bisa menjelaskan hubungan Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010, dimana **ada 3 pilar** yang perlu mendapat perhatian khusus, yaitu ***lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata***. Untuk **perilaku sehat** bentuk konkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan. mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan.

Dalam mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010 telah ditetapkan misi pembangunan yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyaralat beserta lingkungannya.

Untuk melaksanakan misi pembangunan kesehatan diperlukan promosi kesehatan, hal ini disebabkan program promosi kesehatan berorientasi pada proses pemberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, melalui peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatannya. Hal ini sesuai dengan yang ditekankan dalam paradigma sehat, dan salah satu pilar utama Indonesia Sehat 2010.

Seiring dengan cepatnya perkembangan dalam era globalisasi, serta adanya transisi demografi dan epidemiologi penyakit, maka masalah penyakit akibat perilaku dan perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan perilaku dan sosial budaya cenderung akan semakin kompleks. Perbaikannya tidak hanya

dilakukan pada aspek pelayanan kesehatan, perbaikan pada lingkungan dan merekayasa kependudukan atau factor keturunan, tetapi perlu memperhatikan faktor perilaku yang secara teoritis memiliki andil 30 - 35 % terhadap derajat kesehatan.

Mengingat dampak dari perilaku terhadap derajat kesehatan cukup besar, maka

diperlukan berbagai upaya untuk mengubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Salah satunya melalui program **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).**

A. PENGERTIAN

1. Perilaku Sehat

Adalah pengetahuan, sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan Masyarakat.

2. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Adalah wujud keberdayaan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Dalam hal ini ada 5 program priontas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, Dana Sehat/Asuransi Kesehatan/JPKM.

3. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu

kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui

pendekatan pimpinan (Advokasi), bina suasana (Social Support) dan pemberdayaan masyarakat (Empowerment). Dengan demikian masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalahnya sendiri, terutama dalam tatanan masing-masing, dan masyarakat/dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

4. Tatanan

Adalah tempat dimana sekumpulan orang hidup, bekerja, bermain, berinteraksi dan lain-lain. Dalam hal ini ada 5 tatanan PHBS yaitu Rumah Tangga, Sekolah, Tempat Kerja, Sarana Kesehatan dan Tempat Tempat Umum.

B. Rumah Tangga Sehat

Rumah Tangga Sehat adalah rumah tangga yang memenuhi tujuh indikator PHBS di rumah tangga dan tiga indikator gaya hidup sehat sebagai berikut: (Pusat Promkes Depkes, 2006)

Tujuh Indikator PBHS di Rumah Tangga :

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
2. Bayi diberi ASI sejak lahir sampai usia 6 bulan
3. Mempunyai jaminan pemeliharaan Kesehatan
4. Ketersediaan air bersih
5. Ketersediaan jamban
6. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni
7. Lantai rumah bukan dari tanah

Tiga Indikator Gaya Hidup Sehat :

1. Makan buah dan sayur setiap hari

2. Melakukan aktifitas fisik setiap hari
3. Tidak merokok di dalam rumah

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktekkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan keluarga atau seseorang dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

C. Manfaat PHBS

C.1. Bagi Rumah Tangga

- Setiap anggota keluarga meningkat kesehatannya dan tidak mudah sakit.
- Anak tumbuh sehat dan cerdas.
- Produktivitas kerja anggota keluarga meningkat.
- Pengeluaran biaya rumah tangga dapat dialihkan untuk pemenuhan gizi keluarga, biaya pendidikan dan modal usaha peningkatan pendapatan keluarga.

C.2. Bagi Masyarakat

- Masyarakat mampu mengupayakan lingkungan sehat.
- Masyarakat mampu mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya.
- Masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada untuk penyembuhan penyakit dan peningkatan kesehatannya.
- Masyarakat mampu mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) untuk pencapaian PHBS di Rumah Tangga, seperti penyelenggaraan posyandu, jaminan

pemeliharaan kesehatan, tabungan ibu bersalin (tabulin), dana Sosial ibu bersalin (dasolin), ambulan desa, kelompok pemuka Air (pokmair) dan arisan jamban.

Faktor lingkungan dapat dinilai dari berbagai cakupan diantaranya rumah tangga dengan lantai bukan tanah, menunjukkan persentase rumah berlantai bukan tanah di perkotaan (93%) dibanding di pedesaan (79%). Masih adanya rumah tangga yang mempunyai lantai tanah menunjukkan rumah tangga yang tidak sehat. Hal ini berpotensi dan beresiko tertular penyakit ISPA, TBC, diare dan cacingan.

Rumah adalah salah satu persyaratan pokok bagi kehidupan manusia. Rumah atau tempat tinggal, dari zaman ke zaman mengalami perkembangan. Pada zaman purba manusia bertempat tinggal di gua-gua, kemudian berkembang dengan mendirikan mmah di hutan-hutan dan di bawah pohon. Sampai pada abad modern ini manusia sudah membangun rumah bertingkat dan diperlengkapi dengan peralatan yang serba modern. Sedangkan syarat - syarat rumah sehat adalah sebagai berikut :

1. Bahan bangunan.

   Lantai dari ubin atau semen, Binding tembok, Atap genting, Kayu atau bambu untuk tiang.

2. Ventilasi.

   Mempunyai fungsi untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen (O2) ruang diperlukan oleh penghuni rumah tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O2 di dalam rumah yang berarti kadar CO2 (Carbondioksida) yang bersifat racun menjadi tneningkat. Kurangnya ventilasi juga

menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan akan tinggi dan merupakan media yang baik untuk bakteri-bakteri bibit penyakit) berkembangbiak.

Ventilasi ada 2 macam yaitu ventilasi alamiah dimana aliran udara didalam ruangan terjadi secara alamiah melalui jendela, pintu, lubang angin sedangkan ventilasi buatan dimana aliran udara dalam ruangan didapat dengan menggunakan kipas angin dan mesin penghisap udara (Exhouser).

3. Cahaya

Rumah yang sehat memerlukan cahaya yang cukup, terutama cahaya matahari langsung pada pagi hari antara pukul 06.00 s/d pukul 08.00 baik untuk kesehatan. Cahaya dibedakan menjadi 2 yaitu cahaya alamiah yakni sinar matahari yang sangat penting karena dapat membunuh bibit penyakit misal penyakit TBC, disamping melalui pintu dan jendela sinar matahari dapat juga melewati genteng kaca. Sedangkan cahaya buatan yaitu menggunakan lampu listrik, api dan lampu minyak tanah.

4. Luas Bangunan Rumah

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni didalamnya, artinya luas lantai bangunan tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya menjadi tidak sehat, sebab disamping kurangnya konsumsi O2, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. Luas bangunan yang optimum adalah 2,5 - 3m2 untuk tiap orang.

5. Fasilitas-fasilitas didalam rumah sehat yaitu :

   a. Penyediaan air bersih

   b. Pembuangan tinja

   c. Pembuangan air limbah

   d. Pembuangan sampah

   e. Fasilitas dapur

   f. Ruang berkumpul keluarga

   g. Apabila ada kandang ternak, sebaiknya diluar / belakang rumah

D. Pneumonia

D. 1.Pengertian

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) merupakan penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih, dari saluran nafas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus,rongga telinga tengah dan pleura.(Behrman ,2000; Ditjen P2PL Depkes,2006; Sharma 1998; Smith, 2000).

Pnemonia adalah radang jaringan parenkim paru, asinus terisi dengan cairan radang dengan atau tanpa infiltrasi sel radang kedalam dinding alveoli rongga interstitium. (Behrman ,2000 ; Rizanda M,2007).

D.2. Penyebab

Grup B Streptococcus dan gram negatif bakteri enterik merupakan penyebab yang paling umum pada neonatus dan merupakan transmisi vertikal dari ibu sewaktu persalinan. Pneumonia pada neonatus berumur 3 minggu sampai 3 bulan yang paling sering adalah bakteri, biasanya bakteri Streptococcus pneumoniae. Pada Balita usia 4 bulan sampai 5

tahun,virus merupakan penyebab tersering dari pneumonia, yaitu respiratory syncytial virus. Pada usia 5 tahun sampai dewasa pada umumnya penyebab dari pneumonia adalah bakteri (Behrman,2000; Ditjen P2PL Depkes RI,2005; Igor, 2008).

D.3. Perjalanan alamiah penyakit

Menurut Mausner dan Kramer (1985) perjalanan alamiah penyakit dibagi menjadi 5 tahap yaitu :

D.3.1. Pertama adalah tahap kerentanan

Pada tahap ini terjadi interaksi antara bibit penyakit, penjamu dan lingkungan di luar tubuh, namun bentuk penyakit belum terjadi dan beberapa keadaan dapat merupakan faktor resiko terjadinya penyakit.

D.3.2. Kedua adalah tahap presimptomatik

Pada tahap kedua ini terjadi interaksi dari berbagai faktor yang mengakibatkan perubahan-perubahan patogenik yang masih di bawah garis horiizon klinik.

D.3.3. Ketiga adalah tahap penyakit klinis.

Pada tahap ini tanda-tanda atau gejala penyakit telah muncul dan dapat diketahui dengan jelas, yang disebabkan karena adanya perubahan anatomik ataupun kelainan fungsional.

D.3.4. Keempat adalah tahap penyakit klinis lanjut

Pada tahap ini perjalanan penyakit akan berlanjut dan akan menjadi lebih berat apabila tidak mendapat perhatian.

D.3.5. Kelima adalah tahap kecacatan

Pada tahap ini penyakit sudah lebih berat dan menimbulkan kecacatan pada penderitanya. Dengan upaya tindakan kesehatan atau secara spontan beberapa penyakit dapat disembuhkan, sebagian masih meninggalkan gejala yang dapat berlangsung dalam jangka pendek maupun jangka panjang dan masih merupakan masalah bagi kesehatan penderinya.

Perjalanan penyakit pneumonia pada tahap awal dimulai adanya interaksi bibit penyakit dengan tubuh penjamu dan tubuh penjamu berusaha untuk mengeluarkan, membatasi gerak atau membasmi bibit penyakit tersebut malalui mekanisme pertahanan tubuh sistemik maupun lokal.

Bila pertahanan tubuh gagal menanggulangi, bibit penyakit yang masuk akan merusak sel epitel dan lapisan mukosa saluran nafas, sedan saluran nafas bagian bawah dalam keadaan norlam atau steril. Mekanisme pertahanan yang terjadi agar sterilitas tetap terjaga dapat berupa (Price dan Wilson,1988) :

- Makrofak alveolar yang dapat mencegah serta membatasi invasi bakteri ke paru-paru
- Reflek batuk dan muntah

Infeksi virus dapat merupakan predisposisi terjadinya infeksi sekunder bakteri patogen yang ada di saluran nafas bagian atas, misalnya Streptococcus pneumoniae, Haemophylus influinzae dan Staphylococcus dengan mudah menyerang mukosa saluran nafas bagian

bawah yang rusak. Infeksi sekunder bakteri ini dapat menyebabkan infeksi pneumonia bakteri.

D.4. Pola epidemiologi Pneumonia

Penyakit ISPA masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama, hal ini disebabkan masih tingginya angka kesakitan dan kematian pada bayi dan Balita karena ISPA, termasuk di Indonesia. Hal ini tampak dari hasil Survei kesehatan Nasional (SUSKERNAS) tahun 2001 yang menunjukkan bahwa proporsi kematian bayi akibat ISPA masih 28% artinya bahwa dari 100 Balita yang meninggal, 28 disebabkan oleh penyakit ISPA, dan terutama pada Balita dimana 80% kasus kematian ISPA adalah akibat pneumonia.

Pneumonia di negara berkembang termasuk Indonesia merupakan salah satu dari tiga besar (The big three) atau trio pembunuh dari golongan usia muda disamping diare dan penyakit akibat gizi. (Depkes RI,2005). Setiap anak diperkirakan mengalami 4-6 episode ISPA setiap tahunnya dan merupakan 40-60% kunjungan Puskesmas adalah penyakit ISPA (Depkes RI,2006).

Dari seluruh kematian Balita, proporsi kematian yang disebabkan oleh ISPA mencakup 20-30%,dan sebagian besar disebabkan oleh pneumonia, sedangkan di negara maju angka kematian karena ISPA berkisar antara 10-15%. ISPA dapat menyerang semua orang, semua umur maupun jenis kelamin serta semua tingkat sosial ekonomi (Dahlan,1988). Musim hujan menurut penelitian Kartasamita (1993) di Cikutra bandung berpengaruh secara bermakna terhadap insidens ISPA (musim hujan 56% dan musim kemarau 44%).

D.5. Klasifikasi pneumonia

Berdasarkan buku pedoman Pemberantasan ISPA (Ditjen P2PL Depkes RI, 2005,2006) kriteria untuk menggunakan pola tatalaksana ISPA adalah Balita dengan gejala batuk, dan atau kesukaran bernafas.Sedangkan untuk menghitung pernafasan dipergunakan **Ari Timer.** *Ari Timer* adalah alat semacam stop watch yang dirancang khusus untuk menghitung frekuensi nafas, dengan menekan tombolnya maka dalam jangka waktu 30 detik dan 60 detik *Ari Timer* akan mengeluarkan bunyi (alarm) yang menandakan selesainya penghitungan nafas, dengan syarat penderita yang diperiksa harus dalam keadaan tenang (Gold standar diagnosa pneumonia di Puskesmas).

Dalam penentuan klasifikasi penyakit dibedakan atas dua kelompok, yaitu: kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun dan kelompok untuk umur < 2 bulan. (Ditjen P2PL Depkes, 2006; MTBS Depkes, 2008). Selanjutnya klasifikasi penyakit Pneumonia berdasarkan kelompok umur dan gejala klinis yang menyertainya dapat diuraikan pada tabel berikut :

Tabel 2.1 : Klasifikasi Penyakit Pneumonia Berdasarkan Kelompok Umur dan Gejala yang Menyertainya

Kelompok Umur	Klasifikasi	Tanda Penyerta selain Batuk dan atau sukar Bernapas
2 Bln -< 5 Th	Pneumonia Berat	Tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (Chest indrawing)
	Pneumonia	Napas cepat sesuai golongan umur 2 Bln - <1 Th : 50 kali atau lebih / menit 1 - < 5 Th : 40 kali atau lebih / menit
	Bukan Pneumonia	Tidak ada napas cepat dan tidak ada tari kan dinding dada bag bawah ke dalam
< 2 Bulan	Pneumonia berat	Napas cepat :>60 kali atau lebih permenit tarikan kuat dinding dada bagian bawah ke dalam (Chest indrawing)
	Bukan Pneumonia	Tidak ada napas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam

Penderita pneumonia dikatakan sembuh jika ada perbaikan keadaan umum yang ditandai dengan penurunan frekuensi nafas, pada umur < 1 tahun kurang dari 50 kali / menit dan usia 1 - < 5 tahun kurang dari 40 kali / menit.

E. Hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia.

Penyakit merupakan salah satu gangguan kehidupan manusia yang telah dikenal orang sejak dahulu. Pada mulanya, konsep terjadinya penyakit didasarkan pada adanya gangguan makhluk halus atau karena kemurkaan dari yang maha pencipta. Hingga saat ini, masih banyak kelompok masyarakat di negara berkembang yang menganut konsep tersebut. Di lain pihak masih ada gangguan kesehatan/ penyakit yang belum jelas penyebabnya, maupun proses kejadianya. Pada tahap

berikutnya, Hippocrates telah mengembangkan teori bahwa timbulnya penyakit disebabkan oleh pengaruh lingkungan yang meliputi air, udara, tanah, cuaca, dan lain sebagainya. Namun demikian dalam teori tidak dijelaskan bagaimana kedudukan manusia dalam interaksi tersebut, serta tidak dijelaskan tentang faktor lingkungan bagaimana yang dapat menimbulkan penyakit.

Akhirnya pada abad-abad selanjutnya, terjadi perubahan yang cukup besar dalam konsep terjadinya penyakit, dengan didapatkannya mikroskop. sehingga konsep penyebab penyakit beralih ke jasad renik. Perkembangan selanjutnya mengantar para ahli ke arah hormonal yang semakin berkembang. Pada saat itu, orang mulai optimis dalam menghadapi berbagai penyakit dengan antibiotika, sistem imunitas, dan lain sebagainya.

Ternyata setelah penyakit menular mulai dapat di atasi pada negara-negara maju, munculah masalah berbagai penyakit menahun/tidak menular yang unsur dan faktor penyebabnya sangat berkaitan erat dengan faal tubuh, mutasi dan sifat resistensi tubuh, dan pada umumnya terdiri dari berbagai faktor yang saling kait mengkait. Keadaan ini sangat erat hubungannya dengan berbagai pengamatan epidemiologi terhadap gangguan kesehatan. Dan pada saat ini, teori tentang faktor penyebab penyakit tidak dapat dipisahkan dengan berbagai faktor yang berperan dalam proses kejadian penyakit yang dikembangkan melalui teori ekologi lingkungan yang didasarkan pada konsep bahwa manusia berinteraksi

dengan berbagai faktor penyebab dalam lingkungan tertentu dan pada keadaan tertentu akan menimbulkan penyakit yang tertentu pula.

Konsep penyebab dan proses terjadinya penyakit dalam epidemiologi berkembang dari rantai sebab akibat kesuatu proses kejadian penyakit yakni proses interaksi antara manusia (pejamu) dengan berbagai sifatnya (Biologis, Fisiologis, Psikologis, Sosiologis dan Antropologis) dengan penyebab (agent) serta dengan lingkungan (Enviroment). (Notoatmodjo,2003)

Menurut John Bordon, model segitiga epidemiologi menggambarkan interaksi tiga komponen penyakit yaitu Manusia (Host), penyebab (Agent) dan lingkungan (Enviromet). Untuk memprediksi penyakit, model ini menekankan perlunya analisis dan pemahaman masing-masing komponen. Penyakit dapat terjadi karena adanya ketidak seimbangan antar ketiga komponen tersebut. Model ini lebih di kenal dengan model triangle epidemiologi atau triad epidemilogi dan cocok untuk menerangkan penyebab penyakit infeksi sebab peran agent (yakni mikroba) mudah di isolasikan dengan jelas dari lingkungan.

a. Pejamu (Host) :

Hal-hal yang berkaitan dengan terjadinya penyakit pada manusia, antara lain :

1. Umur, jenis kelamin, ras, kelompok etmik (suku) hubungan keluarga
2. Bentuk anatomis tubuh

3. Fungsi fisiologis atau faal tubuh
4. Status kesehatan, termasuk status gizi
5. Keadaan kuantitas dan respon monitors
6. Kebiasaan hidup dan kehidupan sosial

Unsur pejamu secara umum dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu :

1. Manusia sebagai makhluk biologis memiliki sekat biologis tertentu seperti
   - Umur, jenis kelamin, ras dan keturunan
   - Bentuk anatomis tubuh serta
2. Manusia sebagai makhluk sosial mempunyai berbagai sifat khusus seperti
   - Kelompok etnik termasuk adat, kebiasaan, agama dan hubungan keluarga sehubungan sosial kemasyarakatan.
   - Kebiasaan hidup dan kehidupan sosial sehari-hari termasuk kebiasaan hidup sehat.

Pada dasarnya, tidak satu pun penyakit yang dapat timbul hanya di sebabkan oleh satu faktor tunggal semata, pada umumnya kejadian penyakit di sebabkan oleh berbagai unsur yang secara bersama-sama mendorong terjadinya penyakit,

b. Penyebab (Agent)

secara dasar, unsur penyebab penyakit dapat di bagi dalam dua bagian utama yakni :

1. Penyebab kausal primer, dan

2. Penyebab kausal sekunder.

1. Penyebab kausal primer

Unsur ini dianggap sebagai faktor kausal Terjadinya penyakit, dengan ketentuan bahwa walaupun unsur ini ada, belum tentu terjadi penyakit, tetapi sebaliknya, Pada penyakit tertentu, unsur ini dijumpai sebagai unsur penyebab kausal. Unsur penyebab kausul ini dapat dibagi dalam 6 kelompok yaitu :

a. Unsur penyebab biologis yakni semua unsur penyebab yang tergolong makhluk hidup termasuk kelompok mikro organisme seperti Virus, bakteri, protozoa, jamur, kelompok cacing, dan insekta. Unsur penyebab ini pada umumnya di jumpai pada penyakit infeksi menular

b. Unsur penyebab, nutrisi yakni semua unsur penyebab yang termasuk golongan zat nutrisi dan dapat menimbulkan penyakit tertentu karena kekurangan maupun kelebihan zat nutrisi tertentu seperti protein, lemak, hidrat arang, vitamin, mineral, dan air.

c. unsur penyebab kimiawi yakni semua unsur dalam bentuk senyawaan kimia yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan/penyakit tertentu. Unsur ini pada umumnya berasal dari luar tubuh termasuk berbagai jenis zat, racun, obat-obatan keras, berbagai senyawaan kimia ini dapat berbentuk padat, cair, uap, maupun gas. Ada pula senyawaan kimiawi sebagai hasil produk tubuh (dari dalam) yang

dapat menimbulkan penyakit tertentu seperti ureum, kolesterol, dan lain-lain

d. unsur penyebab fisika yakni semua unsur yang dapat menimbulkan penyakit melalui proses fisika umpamanya panas (luka bakar), irisan, tikaman, pukulan (rudapaksa), radiasi dan lain-lain. Proses kejadian penyakit dalam hal ini terutama melalui proses fisika yang dapat menimbulkan kelainan dan gangguan kesehatan.

e. Unsur penyebab psikis yakni semua unsur yang pertalian dengan kejadian penyakit gangguan jiwa serta gangguan tingkah laku sosial. Unsur penyebab ini belum jelas proses dan mekanisme kejadian dalam timbulnya penyakit, bahkan sekelompok ahli lebih menitik beratkan kejadian penyakit pada unsur penyebab genetika. Dalam hal ini kita harus berhati-0hati terhadap faktor kehidupan sosial yang bersifat non kausal serta lebih menampakkan diri dalam hubungannya dengan proses kejadian penyakit maupun gangguan kejiawaan.

2. Penyebab non kausal (sekunder)

Penyebab sekunder merupakan unsur pembantu/penambah dalam proses kejadian penyakit dan ikut dalam hubungan sebab akibat terjadinya penyakit. Dengan demikian, maka dalam setiap analis penyebab penyakit dan hubungan sebab akibat terjadinya penyakit, kita tidak hanya berpusat pada penyebab kausal primer semata, tetapi harus memperhatikan semua unsur lain di luar unsur penyebab kausal primer. Hal ini di dasarkan pada ketentuan bahwa pada umumnya

kejadian setiap penyakit sangat di pengaruhi oleh berbagai unsur yang berinteraksi dengan unsur penyebab dan ikut dalam proses sebab akibat. Sebagai contoh pada penyakit kardiovaskuler, tuberkulosis, kecelakaan lalu lintas, dan lain sebagainya. Kejadiannya tidak di batasi hanya pada penyebab kausal saja, tetapi harus di analisis dalam bentuk suatu rantai sebab akibat di mana peranan unsur penyebab sekunder sangat kuat dalam mendorong penyebab kausal primer untuk dapat secara bersama-sama menimbulkan penyakit (Notoatmodjo, 2003). Dan penyebab agent menurut model segitiga epidemilogi terdiri dari biotis dan abiotis :

a. Biotis khususnya pada penyakit menular yaitu terjadi dari 5 golongan

1. Protozoa : misalnya Plasmodum, amodea
2. Metazoa : misalnyaarthopoda , helminthes
3. Bakteri misalnya Salmonella, meningitis
4. Virus misalnya dengue, polio, measies, lorona
5. Jamur Misalnya : candida, tinia algae

b. Abiotis, terdiri dari

1. Nutrient Agent, misalnya kekurangan /kelebihan gizi (karbohididrat, lemak, mineral, protein dan vitamin)
2. Chemical Agent, misalnya pestisida, logam berat, obat-obatan

3. Physical Agent, misalnya suhu, kelembaban panas, kardiasi, kebisingan.

4. Mechanical Agent misalnya pukulan tangan kecelakaan, benturan, gesekan, dan getaran

5. Psychis Agent, misalnya gangguan phisikologis stress depresi

6. Physilogigis Agent, misalnya gangguan genetik.

c. Unsur lingkungan (Enviroment)

Unsur lingkungan memegang peranan yang cukup penting dalam menentukan terjadinya sifat karakteristik individu sebagai pejamu dan iku memegang peranan dalam proses kejadian penyakit.

1. Lingkungan Biologis

Segala flora dan fauna yang berada di sekitar manusia yang antara lain meliputi :

- Beberapa mikroorganisme patogen dan tidak patogen;
- Vektor pembawa infeksi
- Berbagai binatang dan tumbuhan yang dapat mempengaruhi kehidupan manusia, baik sebagai sumber kehidupan (bahan makanan dan obat-obatan), maupun sebagai reservoir/sumber penyakit atau pejamu antara (host intermedia) ; dan

- Fauna sekitar manusia yang berfungsi sebagai vektor penyakit tertentu terutama penyakit menular.

Lingkungan biologis tersebut sangat berpengaruh dan memegang peranan yang penting dalam interaksi antara manusia sebagai pejamu dengan unsur penyebab, baik sebagai unsur lingkungan yang menguntungkan manusia (senbagai sumber kehidupan) maupun yang mengancam kehidupan / kesehatan manusia ((Notoatmodjo,2003))

2. Lingkungan fisik

Keadaan fisik sekitar manusia yang berpengaruh terhadap manusia baik secara langsung, maupun terhadap lingkungan biologis dan lingkungan sosial manusia. Lingkungan fisik (termasuk unsur kimiawi serta radiasi) meliputi :

- Udara keadaan cuaca, geografis, dan golongan
- Air, baik sebagai sumber kehidupan maupun sebagai bentuk pemencaran pada air, dan
- Unsur kimiawi lainnya pencemaran udara, tanah dan air, radiasi dan lain sebagainya.

Lingkungan fisik ini ada yang termasuk secara alamiah tetapi banyak pula yang timbul akibat manusia sendiri ((Notoatmodjo,2003)

3. Lingkungan sosial

Semua bentuk kehidupan sosial budaya, ekonomi, politik, sistem organisasi. Serta instusi/peraturan yang berlaku bagi setiap individu yang membentuk masyarakat tersebut.Lingkungan sosial ini meliputi :

- Sistem hukum, administrasi dan lingkungan sosial politik, serta sistem ekonomi yang berlaku;
- Bentuk organisasi masyarakat yang berlaku setempat
- Sistem pelayanan kesehatan serta kebiasaan hidup sehat masyarakat setempat, dan
- Kebiasaan hidup masyarakat
- Kepadatan penduduk. Kepadatan rumah tangga, serta berbagai sistem kehidupan sosial lainnya.

Dari keseluruhan unsur tersebut di atas, di mana hubungan interaksi antara satu dengan yang lainnya akan menentukan proses dan arah dari proses kejadian penyakit, baik pada perorangan, maupun dalam masyarakat. Dengan demikian maka terjadinya suatu penyakit tidak hanya di tentukan oleh unsur penyebab semata, tetapi yang utama adalah bagaimana rantai penyebab dan hubungan sebab akibat di pengaruhi oleh berbagai faktor maupun unsur lainnya. Oleh sebab itu, maka dalam setiap proses terjadinya penyakit, selalu kita memikirkan adanya penyebab jamak (multiple causational). Hal ini sangat mempengaruhi dalam menetapkan program pencegahan maupun penanggulangan penyakit tertentu. Karena usaha tersebut hanya akan memberikan hasil yang di harapkan bila dalam

perencanaannya memperhitungkan berbagai unsur di atas.((Notoatmodjo,2003)

Menyadari bahwa mencegah berbagai penyakit lebih baik dan lebih ekonomis dari pada mengobati penyakit, maka faktor-faktor penentu terjadinya suatu penyakit perlu kita kenali dan pahami.

Menurut peran pakar, perilaku manusia dan pencemaran lingkungan termasuk polusi di dalam rumah,merupakan dua faktor penyebab tidak langsung berbagai penyakit yang perlu di atasi penanggulangannya. Selain itu untuk pencegahan dini, faktor gizi terhadap proses terjadi penyakit seiring dengan bertambahnya perlu mendapat perhatian.

Pneumonia merupakan penyebab kematian utama Di negara – negara berkembang dengan membunuh empat juta anak Balita setiap tahun. Keadaan ini berkaitan erat dengan berbagai kondisi yang melatar-belakanginya seperti malnutrisi, kondisi lingkungan, polusi di dalam rumah seperti asap, debu dan sebagainya.

Faktor lain yang meningkatkan kecenderungan terjadinya penyakit pneumonia (Ditjen P2PL Depkes RI, 2006; Smith, 2000; Bruce, 2007)

1. Kondisi ekonomi

Kondisi ekonomi yang belum pulih dan krisis ekonomi yang berkepanjangan berdampak peningkatan penduduk miskin disertai dengan menurunnya kemampuan menyediakan lingkungan pemukiman yang sehat sehingga mendorong peningkatan jumlah balita yang rentan terhadap serangan berbagai penyakit menular termasuk ISPA. Pada akhirnya akan menyebabkan meningkatnya penyakit ISPA dan pneumonia pada balita.

2. Kependudukan

Jumlah penduduk yang besar mendorong peningkatan jumlah populasi Balita yang besar pula, dengan kata lain meningkatkan populasi sasaran P2 ISPA. Hal tersebut berimplikasi terhadap mendahnya status kesehatan masyarakat pada umumnya akan menambah beban kegiatan P2 ISPA.membengkaknya anggaran, sarana dan peralatang yang dibutuhkan.

3. Perilaku hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Perilaku hidup bersih dan sehat merupaka modal utama dalam pemberantasan ISPA. Perilaku hidup bersih dan sehat dapat dinilai dengan indikator rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Indikator rumah tangga sehat dinilai dengan mengkomposit delapan sampai sepuluh indikator tunggal PHBS.

4. Lingkungan dan iklim global

Tahun 2004-2006, bencana melanda berbagai daerah di Indonesia, yang mengakibatkan terjadinya pengungsian secara besar-besaran yang mengakibatkan peningkatan penyakit khususnya penyakit yang berkaitan dengan KLB seperti diare, ISPA dan campak. Pencemaran lingkungan karena asap seperti kebakaran hutan, gas buang sarana transportasi dan polusi udara dalam rumah termasuk memasak memakai kayu bakar atau arang merupakan ancaman kesehatan terutama penyakit ISPA. Demikian juga perubahan iklim global seperti suhu, kelembaban udara dan curah hujan. Musim hujan menurut penelitian Kartasasmita (1993) di Cikutra Bandung berpengaruh secara bermakna terhadap insidens ISPA (musim hujan 56% dan musim kemarau 44%).

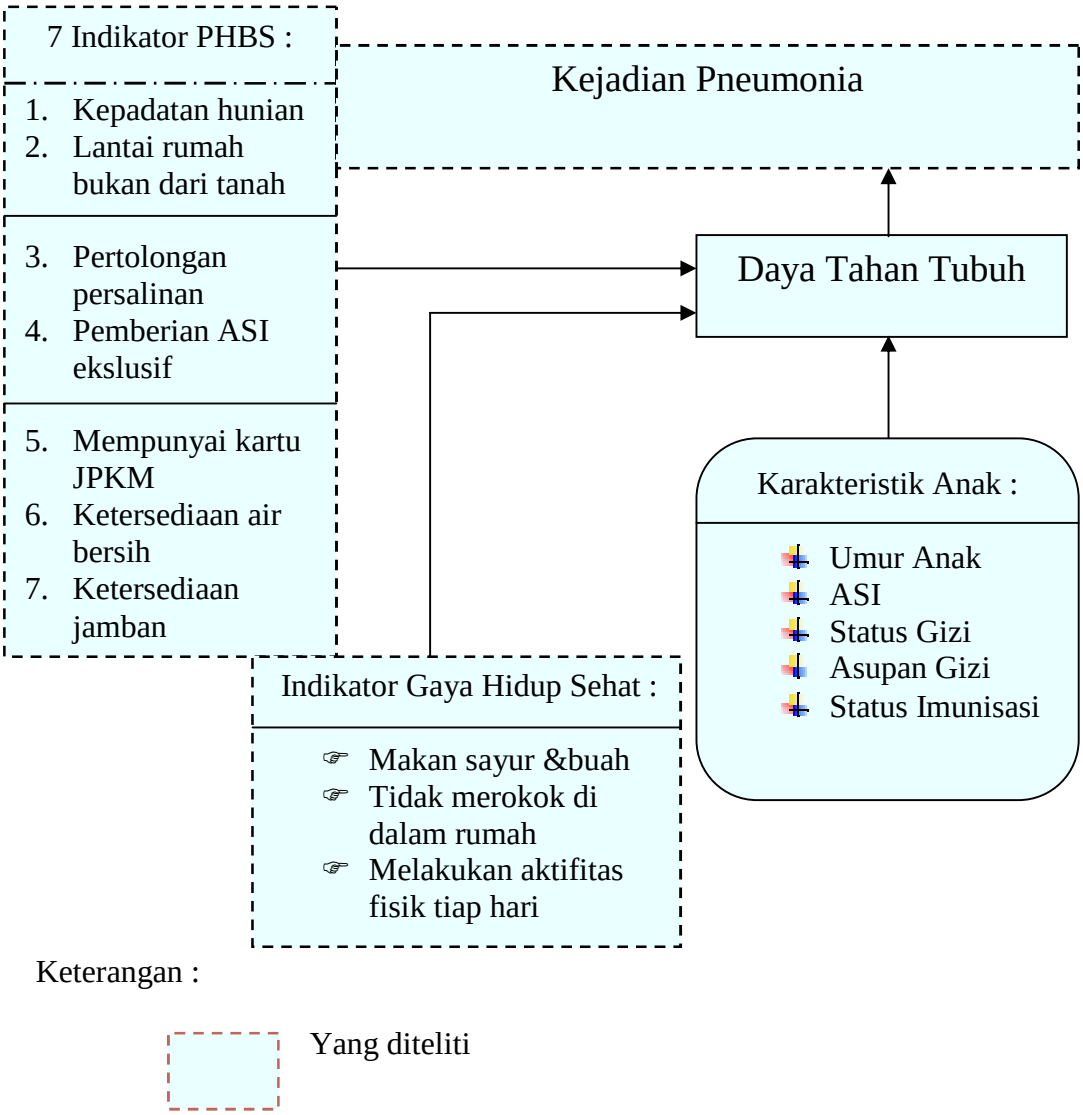
Faktor lingkungan dapat dinilai dari berbagai cakupan diantaranya rumah tangga dengan lantai bukan tanah, menunjukkan persentase rumah berlantai bukan tanah di perkotaan (93%) dibanding di pedesaan (79%). Masih adanya rumah tangga yang mempunyai lantai tanah menunjukkan rumah tangga yang tidak sehat. Hal ini berpotensi dan beresiko tertular penyakit ISPA, TBC, diare dan cacingan.

Faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian pneumonia:

1. Pengetahuan ibu
2. Status gizi
3. Pola Asuh
4. Status imunisasi
5. Sanitasi rumah tempat tinggal.
6. Anggota keluarga perokok.

Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa rumah tangga dengan berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) mempunyai peranan yang penting untuk mencegah kejadian penyakit menular termasuk ISPA khususnya pneumonia.

D. Kerangka Konsep



Keterangan :

Yang diteliti

Gambar 2. 1. Kerangka Konsep Hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian Pneumonia

Dari bagan tersebut diatas dapat diuraikan bahwa kepadatan hunian dan lantai rumah bukan dari tanah dapat mempengaruhi kualitas udara dalam rumah yang diprediksi mempunyai resiko terhadap terjadinya pneumonia, selain itu pertolongan persalinan dan pemberian ASI ekslusif dapat mempengaruhi daya tahan tubuh Balita yang memungkinkan Balita tersebut akan terkena Pneumonia atau tidak. Karakteristik anak yang meliputi umur anak, pemberian ASI, status gizi, asupan gizi dan status imunisasi juga

merupakan faktor yang dapat meningkatkan insiden penyakit pneumonia pada Balita. (Ditjen P2PL, 2006, Bruce, 2007; Smith, 2000; Aini dan Lilis, 2005).

E. Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

Semakin Sehat suatu Rumah Tangga maka kejadian penyakit pneumonia semakin kecil.

BAB. III

METODOLOGI PENELITIAN

A. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian observasional dengan rancangan penelitian Potong Lintang.

B. LOKASI PENELITIAN.

Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun.

C. POPULASI DAN SAMPEL.

Sebagai populasi pada penelitian ini adalah seluruh Balita yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun.

Sampel pada penelitian ini adalah Balita yang menderita pneumonia yang ditemukan di wilayah Puskesmas trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun selama penelitian dilaksanakan (Total Populasi)

D. WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan selama 3 bulan mulai bulan Mei sampai dengan Juli 2010.

E. CARA PENGAMBILAN SUBYEK PENELITIAN.

Dilakukan inventarisasi balita sakit yang datang di poliklinik Puskesmas Trenggalek, Rejowinangun, Pogalan dan Karanganyar, diamati, dilakukan pemeriksaan dan pengukuran untuk penentuan diagnosa. Tatacara pemeriksaan disini mengacu pada prosedur tatalaksana ISPA dari Depkes dengan memperhatikan frekuensi napas, adanya tarikan

dinding dada bagian bawah kedalam serta adanya tanda bahaya seperti wheezing, stridor dan lainya.

F. VARIABEL PENELITIAN

Variabel Bebas yang terdiri dari :

1). Tujuh Indikator PBHS di Rumah Tangga :

a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
b. Bayi diberi ASI sejak lahir sampai usia 6 bulan
c. Mempunyai jaminan pemeliharaan Kesehatan
d. Ketersediaan air bersih
e. Ketersediaan jamban
f. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni
g. Lantai rumah bukan dari tanah

2). Tiga Indikator Gaya Hidup Sehat :

a. Makan buah dan sayur setiap hari
b. Melakukan aktifitas fisik setiap hari
c. Tidak merokok di dalam rumah

Variabel terikat (Tergantung) : Kejadian penyakit pneumonia

G. PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA.

Pengolahan data menggunakan tabel 2 x 2, subyek penelitian dikelompokkan menjadi sakit **(ya)** dan tidak sakit **(tidak).**

Tabel 3.1. : Tabel Pengolahan Data Hasil Penelitian.

		Efek		
		Ya	Tidak	Jumlah
Variabel Bebas	Ya	A	B	A+B
	Tidak	C	D	C+D

Tabel 2 x 2 menunjukkan hasil pengamatan pada studi cross secional, dengan keterangan :

Sel A = subyek dengan variabel bebas yang mengalami efek

Sel B = subyek dengan variabel bebas yang tidak mengalami efek

Sel C = subyek tanpa variabel bebas yang mengalami efek

Sel D = subyek tanpa variabel bebas yang tidak mengalami efek

Resiko Relatif (RR) = A/(A+B) : C/(C + D)

a. Diskripsi variabel penelitian.

Diskripsi variabel penelitian dilakukan dengan menyajikan distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti dan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

b. Analisis Univariate.

Untuk mengetahui peranan setiap variabel bebas terhadap risiko terjadinya kesakitan (variabel tergantung) dilakukan analisis dua variabel dengan perhitungan Risiko Relatif (RR) menggunakan program komputer perangkat lunak *SPSS* versi 17

c. Analisis Multivariate

Analisis multivariate dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel bebas terhadap kejadian kesakitan pneumonia (variabel tergantung)

dengan menguji sekaligus variabel yang mempunyai kemaknaan statistik pada analisis *univariate,* melalui analisis regresi logistik. Untuk melakukan analisis regresi logistik ini dipergunakan program komputer perangkat lunak *SPSS* 17 *for windows.*

9. DEFINISI OPERASIONAL

1. Pnemonia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pneumonia menurut klasifikasi MTBS yang ditandai dengan batuk yang disertai gangguan nafas yang ditandai dengan nafas cepat yaitu > 50x/menit untuk usia 2 bulan - < 1 tahun dan > 40x/menit untuk usia 1 tahun – 5 tahun, yang diukur menggunakan alat ARY timer (MTBS Depkes, 2008).
2. Penderita pneumonia Balita menurut klasifikasi MTBS adalah penderita pneumonia pada anak Balita dengan gejala klinis batuk >2 hari disertai dengan napas cepat yaitu > 50x per menit untuk usia 2 bulan - < 1 tahun dan > 40x/menit untuk usia 1 tahun – 5 tahun yang diperiksa oleh petugas kesehatan (dokter, bidan atau perawat) dengan prosedur pemeriksaan sesuai standar tatalaksana (Protap) pada buku Pedoman Program Pemberantasan Penyakit ISPA untuk Penanggulangan Pnemonia pada Balita (Ditjen P2PL Depkes,2006) .
3. Rumah Tangga Sehat adalah rumah tangga yang memenuhi tujuh indikator PHBS di rumah tangga yang meliputi 1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 2. Bayi diberi ASI sejak lahir sampai usia 6 bulan 3. Mempunyai jaminan pemeliharaan Kesehatan 4. Ketersediaan air bersih 5.Ketersediaan jamban 6.Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni 7.Lantai rumah bukan dari tanah dan Tiga Indikator Gaya Hidup Sehat yang meliputi: 1.Makan buah dan sayur

setiap hari 2.Melakukan aktifitas fisik setiap hari 3.Tidak merokok di dalam rumah. (Pusat Promosi Kesehatan Depkes, 2006).

4. Pada penelitian ini variabel yang dianalisa adalah : 1.pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, 2. Bayi diberi ASI eksklusif sampai umur 6 bulan, 3. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni 4.Lantai rumah bukan dari tanah dan Tiga Indikator Gaya Hidup Sehat yang meliputi: 1.Makan buah dan sayur setiap hari 2.Melakukan aktifitas fisik setiap hari 3.Tidak merokok di dalam rumah.

5.Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pertolongan pertama pada persalinan Balita termuda dalam rumah tangga dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan). Diukur dengan skala Ratio (0=bukan Nakes dan 1= Nakes).

5. Bayi diberi ASI eksklusif adalah bayi termuda usia 0 – 6 bulan hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan. Diukur dengan skala Ratio (0=tidak diberi ASi dan 1= diberi ASI).

6. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni (Kepadatan hunian) adalah rumah tangga yang mempunyai luas lantai rumah yang ditempati dan digunakan untuk keperluan sehari-hari dibagi dengan jumlah penghuni (2,5 – 3 m2 per orang). Diukur dengan skala Ratio (0< 3 m2 dan 1>= 3 m2).

7. Lantai rumah bukan tanah adalah rumah tangga yang mempunyai rumah dengan bagian bawah / dasar / alas terbuat dari semen, papan, ubin dan kayu. Diukur dengan skala Ratio (0=lantai tanah dan 1= lantai plester).

8. Tidak merokok di dalam rumah adalah penduduk / anggota rumah tangga berumur 10 tahun ke atas tidak merokok di dalam rumah

ketika bersama dengan anggota keluarga lainnya selama 1 bulan terakhir. Diukur dengan skala Ratio (0= merokok dan 1= tidak merokok).

9. Makan buah dan sayur dan buah setiap hari adalah anggota rumah tangga umur 10 tahun keatas yang mengkonsumsi minimal 3 porsi buah dan 2 porsi sayur atau sebaliknya setiap hari dalam satu minggu terakhir. Diukur dengan skala Ratio (0=tidak makan buah dan sayur dan 1= makan buah dan sayur).
10. Melakukan aktifitas fisik setiap hari adalah anggota keluarga umur 10 tahun ke atas dalam satu minggu terakhir melakukan aktifitas fisik (sedang maupun berat) minimal 30 menit setiap hari. Diukur dengan skala Ratio (0=tidak beraktifitas fisik dan 1= beraktifitas fisik).
11. Alat ukur yang dipakai pada penelitian ini adalah
    a. Format kuesioner untuk mengukur variabel perilaku anggota rumah tangga dan lingkungan rumah melalui wawancara dan pengamatan langsung.
    b. Ari Timer yaitu alat untuk mengukur frekuensi pernafasan dengan satuan ukuran kali / menit.
    c. Kartu status penderita yaitu untuk mencatat gejala-gejala klinis, hasil pemeriksaan pengukuran frekuensi napas, penetapan diagnosa dan obat yang diberikan.
    d. Register harian untuk mencatat setiap hari penderita pneumonia yang datang di Puskesmas, Pustu dan Polindes.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. ANALISA HASIL

Penelitian ini bertujuan untuk menguji ada tidaknya hubungan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia pada Balita. Jumlah responden dalam penelitian ini ada 177 orang yang terdiri dari 88 Balita penderita pneumonia dan 89 Balita sebagai kontrol. Kelompok kontrol diambil dari Balita di sekitar rumah penderita dengan kriteria selisih umur tidak lebih dari 1 tahun.

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diperoleh gambaran karakteristik responden dan gambaran rumah tangga sehat sebagai berikut :

a. Distribusi karakteristik Responden

Tabel 4.1: Karakteristik Data Sampel Menurut Data Kategorikal

Variabel	Parameter	n	Persen
Jenis kelamin	Laki-laki	78	44,1
	Perempuan	99	55,9
	Total	177	100
Umur	<30 tahun	61	34,5
	30-56 tahun	115	64,9
	>56 tahun	1	0,6
	Total	177	100
Pendidikan	Tidak tamat SD	1	0,6
	SD	41	23,2
	SMP	67	37,9
	SMA	65	37,7
	PT	3	1,7
	Total	177	100
Penghasilan	< 500.000	26	14,7
	500.000-1.000.000	90	50,8
	1 juta – 3 juta	60	33,9
	>3 juta	1	0,6
	Total	177	100

Sumber : Data primer Juli 2010

Jumlah responden seluruhnya sebanyak 177 orang yang terdiri dari laki-laki sebanyak 78 orang (44,1%) dan perempuan sebanyak 99 orang (55,9%). Responden paling banyak pada usia 30-55 tahun yaitu 64.9%. Sedangkan yang berusia muda yaitu dibawah 30 tahun hanya 34,5% sedangkan yang berusia tua yaitu diatas 56 tahun hanya 0,6%. Pendidikan responden secara menyeluruh terbagi menjadi 0,6% tidak sekolah atau tidak lulus SD, 23,2% berpendidikan SD, 37,9% berpendidikan SMP, 37,7% berpendidikan SMA, dan 1,7% sarjana.

Sebagian besar responden berpenghasilan antara Rp.500.000 sampai Satu Juta rupiah (50,8%), yang berpenghasilan dibawah Rp.500.00,- sebesar 14,7% dan yang terendah (0,6%) berpenghasilan diatas tiga juta rupiah.

b. Analisa Diskriptif

Tabel 4.2: Distribusi Frekuensi Penderita dan bukan Penderita menurut Pertolongan Persalinan dan ASI Eksklusif.

Variabel	Parameter	Pneumonia		Tidak pneumonia	
		n	Persen	n	Persen
Pertolongan persalinan	Nakes	86	49,1	89	50,8
	Non Nakes	2	1,1	0	0
ASI eksklusif	Ya	77	52,0	71	48,0
	Tidak	11	37,9	18	62,1
OR=0,57; CI95% (0,25 – 1,28); p= 0,165					

Sumber : Data primer Juli 2010

Dari tabel 4.2 tersebut diatas terlihat bahwa dari 148 Balita yang diberi ASI eksklusif 52,0% menderita pneumonia dan sebesar 48,0% tidak menderita pneumonia, secara proporsional kasus pneumonia pada Balita yang diberi ASI lebih besar (52,0%) dari pada balita yang tidak diberi ASI (48,0%). Hasil uji statistik dengan OR = 0,57 dan p > 0,001 mengandung

arti bahwa pemberian ASI eksklusif pada balita tidak mencegah terjadinya pneumonia.

TABEL 4.3: Distribusi Frekuensi Kejadian Pneumonia menurut Jenis lantai

Jenis lantai	Plester	75	47,5	83	52,5
	Tanah	13	68,4	6	31,6
OR=2,4; CI95% (0,8 – 6,6); p= 0,084					

Sumber : Data primer Juli 2010

Dari Tabel 4.3. tersebut diatas bila dikaitkan dengan jenis lantai rumah diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai lantai rumah dari plester (89%) dan hanya 10,9% yang lantai rumahnya dari tanah. Hasil uji statistik diperoleh OR=2,4 dan p=0,084, hal ini menunjukkan bahwa semakin baik kualitas lantai rumah akan menurunkan kejadian pneumonia pada Balita.

Tabel : 4.4 : Distribusi Frekuensi Kejadian Pneumonia menurut Jenis Lantai, Luas lantai, Jumlah Kamar dan Luas Jendela.

Variabel	Parameter	Pneumonia		Tidak pneumonia	
		n	Persen	n	Persen
Luas lantai > 9m2	Ya	59	45,0	72	55,0
	Tidak	28	62,2	17	37,8
OR= 2,0; CI95% (1,0 – 4,0); p= 0,061					
Jumlah kamar	<3	23	44,2	29	55,8
	>= 3	65	52,0	60	48,0
OR = 1,4; CI95% (0,7 – 2,6); p = 0,346					
Luas jendela >10 m	Ya	40	42,5	54	57,8
	Tidak	48	57,8	35	42,2
OR=1,9; CI95% (1,0 – 3,4); p= 0,042					

Sumber : Data primer Juli 2010

Dari tabel 4.4 tersebut diatas diketahui bahwa proporsi Balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m2 sebesar 62,2%, sedangkan proporsi balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang lantainya lebih dari 9 m2 hanya sebesar 45,0%. Hasil uji statistik diperoleh OR= 2,0 dan p=0,061, Hal ini menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m2 mempunyai resiko terkena pneumonia sebesar 2 kali lebih besar dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 9 m2. Kemudian bila dikaitkan dengan jumlah kamar yang dimiliki diketahui bahwa responden yang mempunyai jumlah kamar lebih dari 3 sebanyak 70,6% dengan kejadian pneumonia sebesar 52,0%, sedangkan yang memiliki jumlah kamar kurang dari 3 sebesar 29,4% dengan kejadian pneumonia sebesar 44,2%, hal tersebut menunjukan adanya hubungan antara jumlah kamar dengan kejadian pneumonia walaupun dengan hasil uji statistik tidak bermakna (OR= 1,4 dan p = 0,346). Selanjutnya bila dikaitkan dengan luas jendela diketahui bahwa balita yang mengalami kejajian pneumonia pada rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 lebih besar (57,8%) dibanding dengan balita di rumah yang lantainya lebih dari 10 m2 (45,0%). Hasil uji statistik dengan OR=1,9 dan p= 0,042 menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 mempunyai resiko pneumonia sebesar 1,9 kali dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 10 m2.

Berdasarkan analisa terhadap gaya hidup sehat dengan kejadian pneumonia pada balita menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengkonsumsi sayur dan buah (92,1%) juga melakukan aktifitas fisik

(94,9%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara mengkonsumsi sayur dan buah dengan kejadian pneumonia (OR=1,0 dan p= 0,982) dan antara melakukan aktifitas fisik dengan kejadian pneumonia (OR=0,1 dan p= 0,170).

Selanjutnya bila dikaitkan dengan kebiasaan anggota keluarga merokok dalam satu bulan terakhir diketahui bahwa sebanyak 56,5% responden merokok di dalam rumah dan sebanyak 43,5% responden tidak merokok. Hasil uji statistik diperoleh OR = 4,4 dan p<0,001 yang mengandung arti bahwa balita yang tinggal dirumah dengan anggota keluarganya merokok dalam satu bulan terakhir mempunyai resiko mengalami pneumonia 4,4 kali lebih besar dibandingkan balita yang tinggal di rumah yang anggota keluarganya tidak merokok dalam satu bulan terakhir. Secara rinci distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut gaya hidup sehat dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 : Distribusi Frekuensi Kejadian Pneumonia menurut Gaya Hidup Sehat

Variabel	Parameter	Pneumonia		Tidak pneumonia	
		n	Persen	n	Persen
Konsumsi sayur dan buah	Ya	81	49,7	82	50,3
	Tidak	7	50,0	7	50,0
OR= 1,0; CI95% (0,3 – 3,0); p= 0,982					
Aktifitas Fisik	Ya	87	48,2	81	51,8
	Tidak	1	11,1	8	88,9
OR = 0,1; CI95% (0,1 – 0,9); p = 0,170					
Kebiasaan merokok	Tidak merokok	23	29,9	54	70,1
	Merokok	65	65,0	35	35,0
OR = 4,4; CI95% (2,3 – 8,3); p < 0,001					

Sumber : Data primer Juli 2010

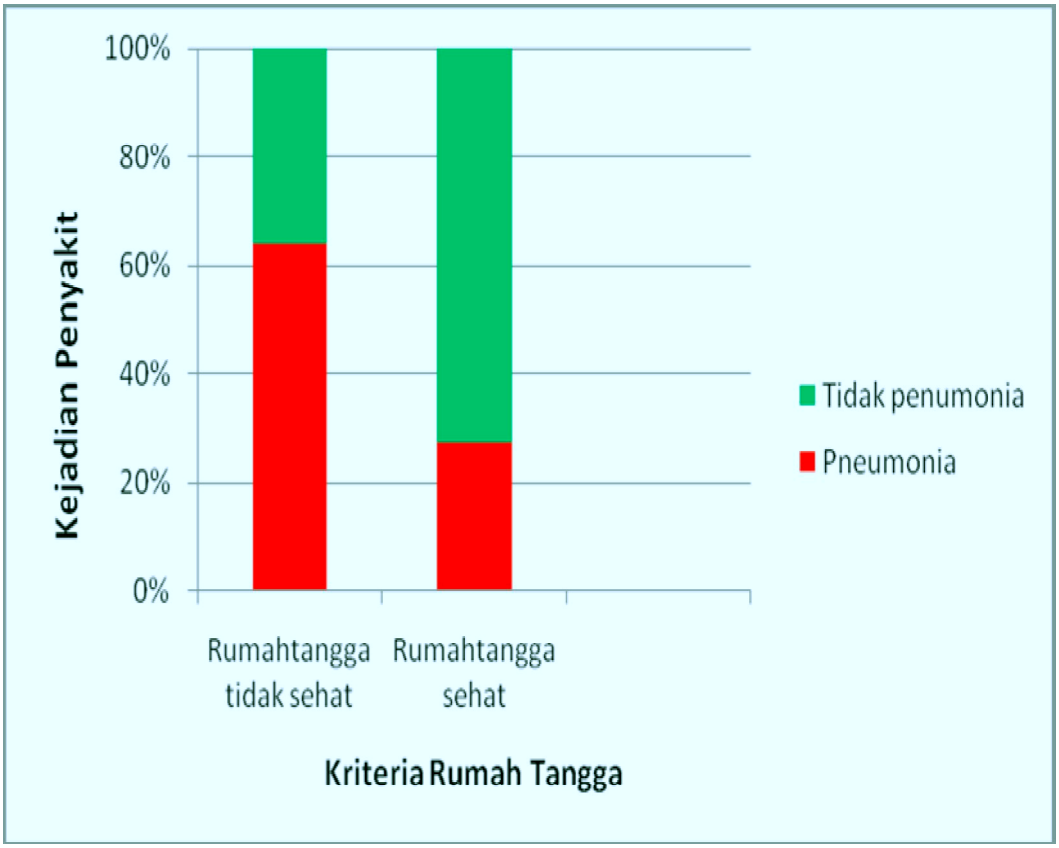
Tabel 4.6 : Distribusi Frekuensi Kejadian Pneumonia menurut Kriteria Rumah Tangga

Variabel	Parameter	Pneumonia		Tidak pneumonia	
		n	Persen	n	Persen
Rumah tangga sehat	Ya	19	27,5	50	72,5
	Tidak	69	63,9	39	36,1
OR= 4,6 ; CI95% (2,4 – 8,9) ; p=<0,001					

Sumber : Data primer Juli 2010

Tabel 4.6 menunjukkan sebagian besar penderita pneumonia tinggal di rumah tangga yang tidak sehat (63,9%), sedangkan penderita pneumonia yang tinggal di rumah tangga sehat sebesar 27,5%. Hasil uji statistic menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia (OR = 4,6 dan p < 0,001).

c. Hasil Analisis Hubungan Rumah Tangga Sehat dengan Kejadian Pneumonia



GAMBAR 4. 1 : Proporsi Kejadian Pneumonia pada Balita di Rumah Tangga Sehat dan Rumah Tangga Tidak Sehat.

Dari gambar tersebut diatas menunjukkan bahwa kejadian pneumonia pada Balita lebih besar terjadi pada rumah tangga yang tidak sehat (Proporsi = 65%) dibanding dengan kejadian pneumonia pada rumah tangga yang sehat (Proporsi = 28%) dengan ratio ± 2,5 : 1 yang berarti bahwa balita yang tinggal di rumah tangga yang tidak sehat mempunyai resiko 2,5 kali lebih besar untuk terkena pneumonia dari pada balita yang tinggal di rumah tangga yang sehat.

d. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda.

Analisis regresi logistik ganda tentang hubungan antara rumah tangga sehat

dengan kejadian pneumonia pada balita diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel :4.7. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda

Variabel	Model 1 *(Crude analysis)*				Model 2 *(Adjusted analysis)*			
	OR	p	Batas bawah	Batas atas	OR	p	Batas bawah	Batas atas
Rumah tangga tidak sehat	4.7	<0.001	2.4	8.9	6.8	<0.001	3.2	14.3
SMA/PT	-	-	-	-	0.9	0.875	0.5	1.9
ASI eksklusif	-	-	-	-	0.2	0.003	0.1	0.6
Perempuan	-	-	-	-	1.9	0.070	0.9	4.1
Umur (≥ 33bulan)	-	-	-	-	1.3	0.484	0.6	2.6
Penghasilan (>Rp 1juta)	-	-	-	-	0.9	0.757	0.4	1.8
N observasi	177				177			
-2 Loglikelihood	222.5				210.7			
Nagelkerke R2	16.2%				23.7%			

Hasil analisis pada tabel 4.7 tersebut diatas menunjukkan perbedaan hasil taksiran besarnya hubungan (OR) antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia pada balita, antara model 1 (*crude analysis*, tanpa mengendalikan faktor perancu pendidikan, ASI eksklusif, jenis kelamin, umur anak, dan penghasilan) dan model 2 (*adjusted analysis*, mengendalikan faktor perancu). Besarnya bias = ((4-7-6,8)/4.7)*100%= -44.7%. Jadi terdapat bias >10-20% dengan tanda negatif yang artinya taksiran hubungan yang lebih kecil dari

sesungguhnya *(underestimate).* Karena itu model yang digunakan adalah model 2 *(adjusted analysis).*

Dengan model 2 ditunjukkan OR=6.8. Artinya, anak balita yang tinggal dengan rumahtangga tidak sehat memiliki risiko untuk mengalami pneumonia 6.8 kali lebih besar daripada anak balita yang tinggal dengan rumah tangga sehat. Peningkatan risiko tersebut secara statistik signifikan (OR=6.8; p<0.001; CI95% 3.2 sd 14.3). CI95% 3.2 sd 14.3 mengandung arti, dengan tingkat keyakinan 95% dapat disimpulkan, anak balita yang tinggal dengan rumah tangga tidak sehat memiliki risiko untuk mengalami pnumonia antara 3.2 hingga 14.3 kali lebih besar daripada anak balita yang tinggal dengan rumah tangga sehat.

Nagelkerke R2= 23.7% mengandung arti, model regresi logistik yang memuat variabel rumah tangga sehat, pendidikan, ASI eksklusif, jenis kelamin, umur anak, dan penghasilan, secara bersama-sama mampu menjelaskan variasi terjadinya penumonia sebesar 23.7%.

B. PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di tiga wilayah Kecamatan di Kabupaten Trenggalek yaitu Kecamatan Trenggalek, Pogalan dan Gandusari yang meliputi empat Puskesmas yaitu Trenggalek, Rejowinangun, Pogalan dan Karanganyar. Penderita yang diteliti diambil dari penderita yang diperiksa di Puskesmas, Pustu dan Polindes, karena semuanya sudah mempunyai alat Ari Timer yang merupakan alat untuk mengukur frekuensi sebagai gold standart diagnosa pneumonia.

Dari penelitian yang dilakukan selama 3 bulan (Mei sampai Juli 2010) di Puskesmas Trenggalek ditemukan 14 penderita, Puskesmas Rejowinangun 37 penderita, Puskesmas Pogalan 24 penderita dan Puskesmas Karanganyar 13 penderita.

Penelitian ini untuk menguji ada tidaknya hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian Pneumonia pada Balita. Jumlah responden dalam penelitian ini ada 177 balita yang terdiri dari 88 balita penderita pneumonia dan 89 balita sehat sebagai kontrol, yang diambil dari balita di sekitar rumah penderita dengan selisih umur tidak lebih dari satu tahun.

Analisis diskriptif dilakukan terhadap indikator rumah tangga sehat yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita antara lain : Pertolongan persalinan, ASI eksklusif, Bahan bakar untuk masak, kebiasaan merokok, jenis lantai, Luas lantai, jumlah kamar, luas jendela serta gaya hidup (konsumsi sayur dan buah, aktifitas fisik).

Hasil analisis terhadap pertolongan persalinan tidak dapat memberikan hasil sehingga tidak dapat diinterpretasikan kedalam populasi karena terdapat sel yang nilainya nol.

Untuk analisis pemberian ASI eksklusif ternyata menunjukkan adanya perbedaan proporsi antara yang diberi ASI eksklusif dan yang tidak diberi ASI eksklusif namun hasilnya protektif dan secara statistik tidak bermakna (OR=0,57 dan p=0,165). Hal ini berarti bahwa pemberian ASI eksklusif tidak mempengaruhi terhadap kejadian pneumonia pada balita. Hasil tersebut tidak sesuai dengan pedoman program pemberian ASI eksklusif dari Departemen kesehatan dimana pemberian ASI sampai usia 6 bulan dapat meningkatkan daya tahan tubuh balita. Hal ini dimungkinkan karena pada penelitian ini

tidak mengkaji lebih jauh tentang lama pemberian ASI eksklusif sehingga merupakan kelemahan dari penelitian ini yang harus diperbaiki dalam penelitian yang lain.

Analisis terhadap kebiasaan merokok dari anggota keluarga dalam satu bulan terakhir menunjukkan bahwa proporsi anggota keluarga yang merokok dirumah sebanyak 56,5%, sedangkan 43,5% lainya tidak merokok. Hasil uji statistik diperoleh hasil yang bermakna dimana OR = 4,4 dan p<0,001, yang berarti bahwa balita yang tinggal dirumah dengan anggota keluarganya merokok dalam satu bulan terakhir mempunyai resiko mengalami pneumonia 4,4 kali lebih besar dibandingkan balita yang tinggal di rumah yang anggota keluarganya tidak merokok dalam satu bulan terakhir. Hal ini berarti bahwa asap rokok merupakan faktor resiko terjadinya pneumonia pada balita.

Selanjutnya hasil analisis terhadap jenis lantai menunjukkan bahwa adanya hubungan antara jenis lantai tanah dan plester dengan kejadian pneumonia walaupun secara statistik tidak bermakna (OR = 2,4 dan p = 0,082). Hal ini berarti balita yang tinggal di rumah yang berlantai tanah mempunyai resiko 2,4 kali mengalami kejadian pneumonia dari pada tinggal dirumah yang lantainya kedap air (plester/keramik). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lubis tahun 1985 yang menyatakan bahwa jenis lantai setengah plester dan tanah akan banyak mempengaruhi kelembaban rumah, dan hasil pengukuran kelembaban rumah menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan kejadian pneumonia.

Hasil analisis terhadap luas lantai rumah menunjukkan bahwa proporsi balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m^2 sebesar 62,2% sedangkan yang rumahnya lebih dari 9M2 proporsi

kejadian pneumonia sebesar 45,0%. Hasil uji statistik diperoleh OR= 2,0 dan p<0,061, Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang tidak bermakna antara luas rumah dengan kejadian pneumonia pada balita, dimana balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m2 mempunyai resiko terkena pneumonia sebesar 2 kali lebih besar dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 9 m2. Kemudian bila dikaitkan dengan jumlah kamar yang dimiliki oleh keluarga diketahui bahwa proporsi responden yang mempunyai jumlah kamar lebih dari 3 sebanyak 70,6% dengan kejadian pneumonia sebesar 52,0%, sedangkan yang memiliki jumlah kamar kurang dari 3 sebesar 29,4% dengan kejadian pneumonia sebesar 44,2%, hal tersebut menunjukan adanya hubungan antara jumlah kamar dengan kejadian pneumonia walaupun dengan hasil uji statistik tidak bermakna (OR= 1,4 dan p =0,346). Selanjutnya bila dikaitkan dengan luas jendela diketahui bahwa proporsi balita yang mengalami kejajian pneumonia pada rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 lebih sebesar 57,8%, sedangkan proporsi balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang luas jendelanya lebih dari 10 m2 sebesar 45,0%. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara luas jendela dengan kejadian pneumonia dimana OR=1,9 dan p=0,042. Hal ini menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 mempunyai resiko pneumonia sebesar 1,9 kali dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 10 m2 sehingga luas jendela merupakan faktor terhadap terjadinya pneumonia pada balita.

Berdasarkan analisa terhadap gaya hidup sehat dengan kejadian pneumonia pada balita menunjukkan bahwa sebagian besar responden

mengkonsumsi sayur dan buah (92,1%) juga melakukan aktifitas fisik (94,9%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara mengkonsumsi sayur dan buah dengan kejadian pneumonia (OR=1,0 dan p=0,982) dan antara melakukan aktifitas fisik dengan kejadian pneumonia (OR=0,1 dan p=0,170), sehingga gaya hidup bukan merupakan faktor resiko terjadinya pneumonia pada balita.

Selanjutnya analisis statistik dilakukan terhadap Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia pada balita dengan hasil ada hubungan yang bermakna secara statistik (OR = 6,8 ; p < 0,001 ; CI95% 3,2 – 14,3). Hal ini membuktikan bahwa Rumah Tangga yang tidak sehat akan meningkatkan kejadian pneumonia pada balita, yang mana pada balita yang tinggal di rumah tangga tidak sehat kejadian pneumonia meningkat 6,8 kali dibandingkan balita yang tinggal di rumah tangga yang sehat.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Kirk R Smith (2000) dalam sebuah artikel di buletin Thorax di Amerika Serikat yang berjudul ” *Indoor air pollution in developing countries and acut lower respiratory infections in children”* dengan hasil penelitian adalah pada kenyataannya adanya polusi di dalam rumah akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran pernafasan akut pada anak-anak.

Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Imran Lubis dari Pusat Penelitian Penyakit Menular Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1990) dengan judul ” Pengaruh Lingkungan terhadap Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)”, dengan hasil penelitian keadaan lingkungan dapat mempengaruhi episode ISPA pada anak. Pengaruh lingkungan yang menyolok adalah polusi udara, termasuk asap rokok dan

asap dapur. Selain itu perlu diperhatikan juga tentang ventilasi rumah dan kepadatan hunian di dalam rumah.

Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Aini N.Y yang dimuat dalam Jurnal Kesehatan Lingkungan (Januari 2005) yang berjudul " Hubungan sanitasi Rumah secara fisik dengan Kejadian ISPA pada Balita", yang menyimpulkan resiko kejadian ISPA akan meningkat pada Balita yang tinggal di rumah dengan sanitasi yang jelek, yang mana sanitasi rumah yang bagus harus memenuhi syarat rumah sehat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Blum yang mengatakan terjadinya penyakit oleh adanya interaksi dinamis antara faktor : 1. Lingkungan (fisik, biologik, sosio-kultural), 2. Perilaku (sikap, gaya hidup), 3. Herediter (genetik, pertumbahan penduduk, penyebaran penduduk) dan 4. Pelayanan kesehatan. Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa rumah tangga yang tidak sehat mempengaruhi kejadian pneumonia, dimana untuk menentukan kriteria rumah tangga sehat memakai tujuh indikator PHBS dan tiga gaya hidup sehat yang didalamnya tercakup kondisi lingkungan rumah tempat tinggal. Selain itu juga sesuai dengan teori *"The epidemiologic Triangel"* yang mengatakan terjadinya suatu penyakit akibat interaksi tiga faktor, yaitu: Host, Agent, dan Environment. Model ini sesuai untuk menggambarkan perjalanan penyakit infeksi termasuk pneumonia.

Implikasi hasil penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Terhadap Ilmu Kedokteran Keluarga.

   Sesuai dengan pengertian bahwa Ilmu Kedokteran Keluarga adalah Ilmu yang mencakup seluruh spektrum ilmu kedokteran yang orientasinya untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berkesinambungan dan menyeluruh pada satu kesatuan individu, keluarga dan masyarakat dengan memperhatikan faktor-faktor lingkungan ekonomi dan sosial budaya. Dalam penelitian ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yaitu Rumah Tangga yang Tidak Sehat dapat mempengaruhi kejadian pneumonia secara signifikan, demikian juga kebiasaan merokok di dalam rumah juga dapat meningkatkan kejadian pneumonia pada Balita secara signifikan. Untuk itu maka dalam menangani penderita pneumonia tidak cukup hanya dengan mengobati penyakitnya saja, tetapi juga harus dicari dan diatasi juga faktor pemicunya.

2. Terhadap Dokter Keluarga

   Dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, ia tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya

   Dalam memberikan pelayanan Dokter Keluarga harus bersifat menyeluruh yaitu totalitas dari semua pelayanan kesehatan yang diingikan, yakni pelayanan peningkatan derajat kesehatan,

pencegahan penyakit, diagnosis, penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan.

Salah satu karakteristik pelayanan kedokteran menyeluruh ditinjau dari peranannya dalam mencegah penyakit, pelayanan kedokteran dibedakan atas lima macam. Kelima macam pelayanan kedokteran tersebut adalah peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*), pencegahan khusus (*specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan tepat (*early diagnosis and promt treatment*), pembatasan cacat (*disability limitation*), serta pemulihan kesehatan (*rehabilitation*)

Perumusan masalah dan atau penetapan cara penyelesaian masalah kesehatan yang dihadapi penderita pada pelayanan kedokteran menyeluruh, tidak didekati hanya dari satu sisi saja, melainkan dari semua sisi yang terkait (*comprehensive approach*). Sisi yang dimaksudkan disini mencakup bidang yang amat luas sekali. Yang terpenting diantaranya adalah sisi fisik, mental dan sosial, yang secara keseluruhan disebut dengan pendekatan holistik (*holistic approaches*). Dalam penelitian ini kejadian pneumonia tidak hanya diselesaikan dengan mengobati penderitanya saja, tetapi juga dicari factor-faktor apa saja yang bisa mempengaruhi terjadinya penyakit pneumonia dan juga diteliti sejauh mana kebiasaan atau perilaku anggota keluarga bisa mempengaruhi kejadian pneumonia, sehingga dengan diketahuinya bahwa Rumah Tangga yang Tidak Sehat dan Kebiasaan Merokok didalam rumah bisa mempengaruhi kejadian pneumonia secara signifikan, maka dengan promosi dan

merubah perilaku diharapkan kejadian pneumonia pada Balita bisa dicegah.

3. Terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Salah satu karakteristik Pelayanan Dokter Keluarga adalah berorientasi pada pencegahan penyakit serta pemeliharaan kesehatan dengan Berupaya mengungkapkan kaitan munculnya suatu penyakit dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya. Pada hasil penelitian ini dapat diketahui faktor –faktor yang memepengaruhi kejadian pneumonia pada Balita, sehingga dengan sosialisasi dan promosi tentang Rumah Tangga Sehat. Peningkatan kualitas rumah dan Bahaya Merokok diharapkan mampu mencegah timbulnya kejadian pneumonia sehingga dapat ditekan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh keluarga, karena pada prinsipnya biaya untuk pencegahan akan jauh lebih murah dari pada biaya untuk pengobatan.

.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A.Kesimpulan

a. Rumah tangga sehat mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kejadian pneumonia pada balita dimana balita yang tinggal di rumah tangga yang tidak sehat mempunyai resiko 6,8 kali lebih besar untuk mengalami kejadian pneumonia (OR=6,8; p< 0,001)

b. Variabel rumah tangga sehat yang berpengaruh terhadap kejadian pneumonia pada balita meliputi : , Kebiasaan merokok dirumah, Luas lantai dan Luas jendela.

B.Saran

1. Perlu dilakukan upaya promosi dan perbaikan terhadap kualitas rumah melalui kegiatan stimulasi maupun melalui pemberdayaan masyarakat.
2. Intensifikasi promosi bahaya rokok bagi kesehatan terutama bagi balita dan anggota keluarga yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah, Abdullah, Owayed,M.D., Douglas M. et al, 2000 : Underlying Causes of Recurrent Pneumonia in Children, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, Vol 154 no.2 , Feb 2000, Toronto.

Amin, M., Alsagaf, H. dan Saleh, T.W.B.M., 2003. Pengantar Ilmu Penyakit Paru, Airlangga University Press. 1-2:35-50.

Behrman, Richard E., Robert M. Kliegman, Ann M., Arvin., 2000, Ilmu Kesehatan Anak Nelson, Vol 2. hal 883-888, Jakarta, EGC.

Bruce N.,Weber M., et al, 2007, Pneumonia case finding- in the Respire Guatemala in door air pollution trial: Standardizing methods for resorce-poor settings, Bull WHO Organ, 85(7);535-44.Pubmed

Dinas kesehatan Kabupaten Trenggalek,2006, Bidang Pemberantasan Penyakit Menular, Laporan Tahunan Bidang P2 tahun 2005,Trenggalek.

Dinas kesehatan Kabupaten Trenggalek,2007, Bidang Pemberantasan Penyakit Menular, Laporan Tahunan Bidang P2 tahun 2006,Trenggalek.

Dinas kesehatan Propinsi Jawa Timur,2008, Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2007, Surabaya.

Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral PPM & PL,; 2005, Rencana Kerja Jangka menengah Nasional penanggulangan pneumonia Balita tahun 2005 – 2009, Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Direktorat Jendral PPM & PL,; Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Pusat Promosi Kesehatan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga. Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Pusat Promosi Kesehatan, Panduan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga Melalui Tim Penggerak PKK. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2008, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Modul 1-7, Jakarta.

Erderm I., Ozgultekin et al, 2008, Incidence, Etiologi and Antibiotic Resistence Patterns of gram negatif microorgamism Isolated from patient with ventilator assosiated pneumonia in medical –

surgical intensive care Unit of a teaching hospital in Istambul Turkey (2004 – 2006).

Graham NM.,1990, The epidemiology of acut respiratory infections in children and adults: a global perspective, Epidemiol Rev; 12:149-78, Pubmed.

Lubis I., Sumantri A., Lubis, Z. , S.dan Moechlas : Pola Pengobatan dan Faktor Resiko Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada Bayi dan Balita SKRT 2002, Jakarta.

Langley, Joanne MD; Bradley, John S.MD.;2005 : Defining Pneumonia in Critically Ill Infants and Children, Pediatric Critical Care Medicine.

Kaplan et al, 2006, Recurrent Pneumonia in Children a case Report an Approach to Diagnosis, Clinic Pediatric 45 : 15 – 22.

Murti B., 2006, Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan, Gadjah Mada University Press, Jogjakarta.

Aini N..Y. dan Suryani L, : Hubungan Sanitasi Rumah secara fisik dengan Kejadian ISPA pada Balita, Jurnal Kesehatan Lingkungan Vol.1, No. 2, Januari 2005.

Review the symtomps,diagnosis and treatmen of pneumonia in children, April 2007, www.pediatrics.abaut.com/od/childhoodin.

Riwidikdo H.,2008, Statistik Kesehatan,Mitra Cedikia Press, Yogjakarta.

Rizanda M, 2007 : Pneumonia Balita di Indonesia, University Andalas Press. Makasar.

Igor R.,et al, Mei 2008, Epidemiology and Etiology of Chielhood Pneumonia, Journal list,Bulletin WHO.

Sacarial J.,Nhacolo AQ., et al, 2009, A 10 year study of the cause of death in children under 15 years in Manhica, Mozambique. BMC Public Health, Feb 24;9;67.

Sharma S., Sethi GR., et al, 1998, Indoor air quality and acute lower respiratory infection in Indian urban slums, Environ Health Perspect, May ;106(5);291-7.

Smith KR.,Samuel JM., Romieu I., Bruce N, In door air pollution in developing countries and acut lower infections in children, Thorax, Jun;55(6):518-32, Pubmed.

Karalanglin T., et al, 2009, Factors Determining The Outcome Of Chieldren Hospitalized with severe Pneumonia, Journal list BMC Pediatric.

Tim PMPT-IDAI, 1998, Buku Pedoman Pendidikan Medik Pediatrik Terpadu (PMPT) Buku Pedoman II Pengobatan anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun.

Undang-Undang No. 25 Th 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Thn 2000 – 2004, Sinar Grafika, 2000.

LAMPIRAN

Lampiran 1.

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :

Alamat :

U m u r :

Menyatakan menyetujui sebagai responden dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Pengetahuan Ibu terhadap kesembuhan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Trenggalek. Yang dilakukan Ratna Sulistyowati Mahasiswa Pasca Sarjana Jurusan Kedokteran Keluarga minat Pelayanan Profesi Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Trenggalek, ... 2010.

Responden

(.....)

Lampiran 2.

I. IDENTITAS RESPONDEN (KELUARGA)

Mohon diisi keterangan identitas Bapak/Ibu/Saudara dengan lengkap pada tempat yang disediakan.

1. Nama Lengkap :.....
2. Umur :.....
3. Jenis Kelamin :.....
4. Pendidikan :.....
5. Pekerjaan :.....
6. Nama anak :.....
7. Umur / Jenis kelamin :.....
8. Anak ke :.....
9. Alamat lengkap :.....
10. Penghasilan per bulan :.....
11. Jarak rumah ke sarana pelayanan kesehatan terdekat

A. 7 Indikator PHBS di Rumah Tangga Sehat

12. Pertolongan persalinan

a. Dukun

b. Keluarga

c. Tenaga Kesehatan (Bidan / dokter)

13. Pemberian ASI ekslusif

a. Ya b. Tidak

14. Mempunyai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

a. Ya b. Tidak

15. Ketersediaan Air bersih

a. Ya b. Tidak

16. Ketersediaan Jamban

a. Tersedia b. Tidak

17. Jenis lantai rumah

a. Tanah. a. Ya. b. Tidak

b. Plester/ubin/keramik. a. Ya. b. Tidak

18. Berapa luas lantai perorang ?

a. Kurang dari 9 M2. a. Ya. b. Tidak

b. Lebih atau sama dengan 9 M2 a. Ya. b. Tidak

19. Berapa jumlah kamar tidur?

a. 1 buah a. Ya. b. Tidak

b. 2 buah. a. Ya. b. Tidak

c. 3 buah. a. Ya. b. Tidak

d. > 3 buah a. Ya. b. Tidak

20. Berapa luas jendela(fentilasi)?

a. Kurang dari 10% kali luas lantai a. Ya. b. Tidak

b. Lebih besar atau sama dengan 10% kali lantai. a. Ya. b. Tidak

21. Jenis bahan bakar yang dipakai memasak

a. Kayu bakar b. Kayu bakar c. Gas

b. 3 INDIKATOR GAYA HIDUP SEHAT

22. Apakah anak mau makan dengan sayur dan buah ? a. Ya. b. Tidak

23. Bila tidak, apa ibu memberi makanan lain ? a. Ya. b. Tidak

24. Apakah keluarga merokok di dalam rumah ? a. Ya. b. Tidak

25. Melakukan aktifitas fisik setiap hari a. Ya b. Tidak

LAMPIRAN ANALISA DISKRIPTIF

GET FILE='D:\Documents and Settings\Administrator\My Documents\Ratna Trgk\Rata Trgk_no53.sav'. CROSSTABS /TABLES=salin BY Pneumo /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CC RISK /CELLS=COUNT COLUMN /COUNT ROUND CELL.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
salin * Status pneumonia	177	100.0%	0	.0%	177	100.0%

salin * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
salin	nakes	Count	89	86	175
		% within Status pneumonia	100.0%	97.7%	98.9%
	non_nakes	Count	0	2	2
		% within Status pneumonia	.0%	2.3%	1.1%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.107	.153
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.491	.423	.571
N of Valid Cases	177		

CROSSTABS /TABLES=asi_eksklusif BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN /COUNT ROUND CELL.

Crosstab

asi_eksklusif * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
asi_eksklusif	ya	Count	71	77	148
		% within Status pneumonia	79.8%	87.5%	83.6%
	tidak	Count	18	11	29
		% within Status pneumonia	20.2%	12.5%	16.4%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.104	.165
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for asi_eksklusif (ya / tidak)	.563	.249	1.275
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	.773	.555	1.075
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	1.372	.840	2.240
N of Valid Cases	177		

```
CROSSTABS   /TABLES=lantai_plester BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN   /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

lantai_plester * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
lantai_plester	ya	Count	83	75	158
		% within Status pneumonia	93.3%	85.2%	89.3%
	tidak	Count	6	13	19
		% within Status pneumonia	6.7%	14.8%	10.7%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.129	.084
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for lantai_plester (ya / tidak)	2.398	.868	6.626
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	1.664	.844	3.278
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.694	.490	.981
N of Valid Cases	177		

CROSSTABS /TABLES=bhn_bakar BY Pneumo /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CC RISK /CELLS=COUNT COLUMN /COUNT ROUND CELL.

Crosstab

bhn_bakar * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
bhn_bakar	minyaktanah,gas	Count	62	32	94
		% within Status pneumonia	69.7%	36.4%	53.1%
	arang,kayubakar	Count	27	56	83
		% within Status pneumonia	30.3%	63.6%	46.9%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.316	.000
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for bhn_bakar (minyaktanah,gas / arang,kayubakar)	4.019	2.147	7.521
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	2.028	1.440	2.855
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.505	.367	.694
N of Valid Cases	177		

```
CROSSTABS   /TABLES=tidak_merokok BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN   /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

tidak_merokok * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
tidak_merokok	ya	Count	54	23	77
		% within Status pneumonia	60.7%	26.1%	43.5%
	tidak	Count	35	65	100
		% within Status pneumonia	39.3%	73.9%	56.5%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.329	.000
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for tidak_merokok (ya / tidak)	4.360	2.304	8.252
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	2.004	1.478	2.716
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.460	.317	.666
N of Valid Cases	177		

```
CROSSTABS   /TABLES=luas_lantai_lbhsm9m2 BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN   /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

luas_lantai_lbhsm9m2 * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
luas_lantai_lbhsm9m2	ya	Count	70	59	129
		% within Status pneumonia	78.7%	67.8%	73.3%
	tidak	Count	17	28	45
		% within Status pneumonia	19.1%	32.2%	25.6%
	3	Count	2	0	2
		% within Status pneumonia	2.2%	.0%	1.1%
	Total	Count	89	87	176
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.176	.061
	N of Valid Cases	176	

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for luas_lantai_lbhsm9m2 (ya / tidak)	[a]

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

```
CROSSTABS   /TABLES=jml_kamar_tid BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN   /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

kmr tidur dikotomik * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
kmr tidur dikotomik	<3	Count	29	23	52
		% within Status pneumonia	32.6%	26.1%	29.4%
	>=3	Count	60	65	125
		% within Status pneumonia	67.4%	73.9%	70.6%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.071	.346
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for kmr tidur dikotomik (<3 / >=3)	1.366	.713	2.617
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	1.162	.858	1.573
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.851	.600	1.205
N of Valid Cases	177		

```
CROSSTABS   /TABLES=luas_jendela_lbhsm10 BY Pneumo
/FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CC RISK
/CELLS=COUNT COLUMN   /COUNT ROUND CELL.
```

Crosstabs

luas_jendela_lbhsm10 * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
luas_jendela_lbhsm10	ya	Count	54	40	94
		% within Status pneumonia	60.7%	45.5%	53.1%
	tidak	Count	35	48	83
		% within Status pneumonia	39.3%	54.5%	46.9%
	Total	Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.151	.042
	N of Valid Cases	177	

Risk Estimate

		95% Confidence Interval	
	Value	Lower	Upper
Odds Ratio for luas_jendela_lbhsm10 (ya / tidak)	1.851	1.019	3.365
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	1.362	1.003	1.850
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.736	.546	.991
N of Valid Cases	177		

GET FILE='D:\Documents and Settings\Administrator\My Documents\Ratna Trgk\Rata Trgk_no53.sav'. CROSSTABS /TABLES=RTdic BY Pneumo /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CC RISK /CELLS=COUNT COLUMN /COUNT ROUND CELL.

Skor RT sehat dikotomi * Status pneumonia Crosstabulation

			Status pneumonia		
			Tidak pneumonia	Pneumonia	Total
Skor RT sehat dikotomi	Rumah sehat	Count	50	19	69
		% within Status pneumonia	56.2%	21.6%	39.0%
	Rumah tidak sehat	Count	39	69	108
		% within Status pneumonia	43.8%	78.4%	61.0%
Total		Count	89	88	177
		% within Status pneumonia	100.0%	100.0%	100.0%

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.334	.000
N of Valid Cases		177	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Skor RT sehat dikotomi (Rumah sehat / Rumah tidak sehat)	4.656	2.411	8.992
For cohort Status pneumonia = Tidak pneumonia	2.007	1.502	2.682
For cohort Status pneumonia = Pneumonia	.431	.287	.648
N of Valid Cases	177		

LAMPIRAN ANALISA REGRESI LOGISTIK

EXAMINE VARIABLES=jumlah /PLOT BOXPLOT STEMLEAF HISTOGRAM NPPLOT /COMPARE GROUP /STATISTICS DESCRIPTIVES EXTREME /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor total rumah tangga sehat	177	100.0%	0	.0%	177	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Skor total rumah tangga sehat		Mean	20.73	.188
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.36	
		Upper Bound	21.10	
		5% Trimmed Mean	20.75	
		Median	21.00	
		Variance	6.244	
		Std. Deviation	2.499	
		Minimum	16	
		Maximum	26	
		Range	10	
		Interquartile Range	4	
		Skewness	-.304	.183
		Kurtosis	-.934	.363

Extreme Values

			Case Number	Value
Skor total rumah tangga sehat	Highest	1	5	26
		2	6	25
		3	16	25
		4	20	25
		5	21	25[a]
	Lowest	1	177	16
		2	171	16
		3	143	16
		4	133	16
		5	126	16[b]

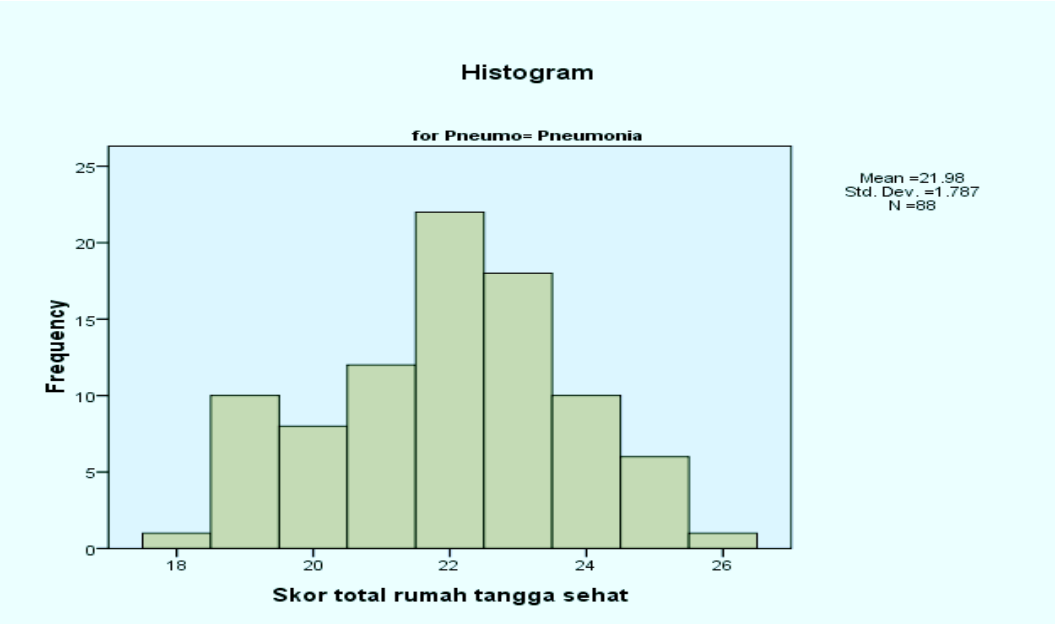
a. Only a partial list of cases with the value 25 are shown in the table of upper extremes.

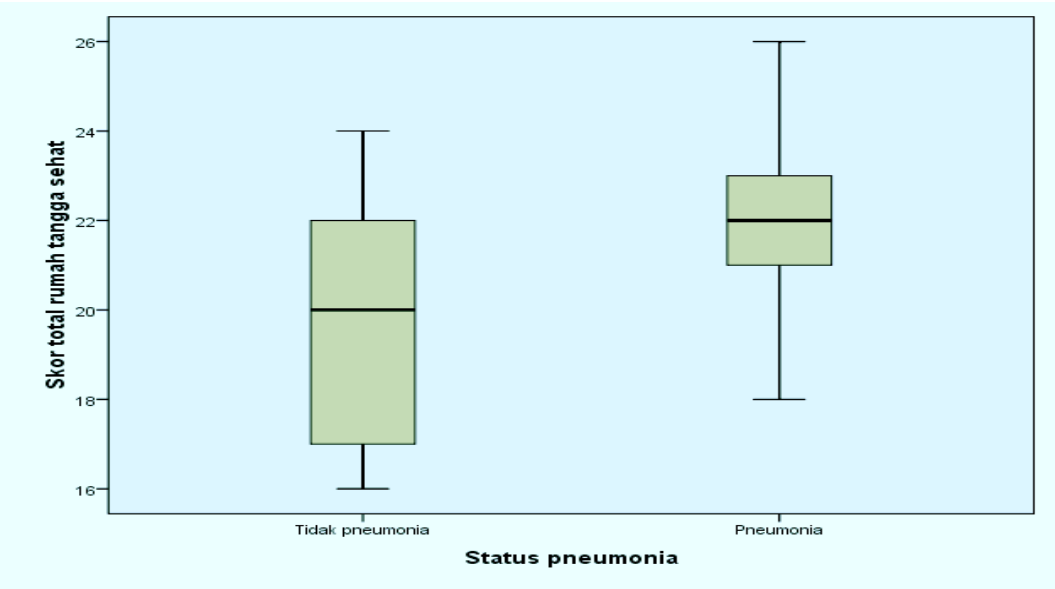
b. Only a partial list of cases with the value 16 are shown in the table of lower extremes.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor total rumah tangga sehat	.158	177	.000	.939	177	.000

a. Lilliefors Significance Correction


Histogram
for Pneumo= Pneumonia
Mean =21.98
Std. Dev. =1.787
N =88
Frequency
25
20
15
10
5
0
18
20
22
24
26
Skor total rumah tangga sehat


Skor total rumah tangga sehat
26
24
22
20
18
16
Tidak pneumonia
Pneumonia
Status pneumonia

ABSTRACT

Ratna Sulistyowati, S520908009, 2010. Healthy Household relationship between the incidence of pneumonia. Tesis Master Program in Family Medicine, Post Graduate Program, Sebelas Maret University Surakarta.

Pneumonia is one disease that has caused the death of ± 13 million infants and babies in the world every year. In Indonesia pneumonia in children under five years is estimated 10-20% annually with a mortality rate of 5 per 1000 children under five years or 140,000 babies every year. This situation is closely related to various conditions that lie behind them, such as malnutrition, environmental conditions, pollution in the home such as smoke, dust, and as. Behavioral factors that include behavioral health at risk to communicable diseases and behavioral health and clean living as indicators Healthy Household has an important role for the occurrence of a disease, including pneumonia.

The study was cross sectional . The study was conducted in four health center areas, namely Health Center Psychology Rejowinangun, Pogalan and Karangnyar, Trenggalek, in the period April to June 2010. Regional Health Center is determined by the highest number of cases in the previous year. Sample size is found in all patients at four health centers during the months of April through June as many as 88 patients (total population, N = n), while the control was taken from babies who are not sick to be around people with some 89 children. Data processing with SPSS 17, tested with multiple logistic regression.

The results showed that Household was not healthy are at risk for experiencing pnumonia 6.8 times greater than infants and children who live with a healthy household. The increased risk was statistically significant (OR = 6.8, p <0001; CI95% 3.2 sd 14.3). CI95% 3.2 14.3 mean sd, with 95% confidence level can be concluded, infants and children who live with unhealthy households are at risk for experiencing pnumonia between 2.3 to 14.3 times greater than the residence of children under five with a healthy household.

From this research can be concluded, that there is a relationship between Healthy Households with pneumonia in infants who are statistically significant. Children under five who lived with Healthy Households have a smaller risk for experiencing pneumonia compared with infants and children who live with Household Unsound. Suggested to the Public Health Service, Health Center, and the Family Physician to further intensify promotion efforts and guidance in order to achieve Healthy Household.

Keywords : Healthy Household, Pneumonia Incidence

A. Latar Belakang

Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) khususnya Pneumonia masih merupakan penyakit utama penyebab kesakitan dan kematian bayi dan Balita. Menurut WHO ± 13 juta anak Balita di dunia meninggal setiap tahun dan 95% kematian tersebut berada di negara berkembang. Pneumonia merupakan penyebab kematian utama Di negara – negara berkembang dengan membunuh empat juta anak Balita setiap tahun. Keadaan ini berkaitan erat dengan berbagai kondisi yang melatar-belakanginya seperti malnutrisi, kondisi lingkungan, polusi di dalam rumah seperti asap, debu dan sebagainya. (Ditjen P2M Depkes, 2006 ; Rizanda, 2007; Sacarlal, 2009).

Di Indonesia kejadian pneumonia pada Balita diperkirakan 10-20% per tahun dan 10% dari penderita pneumonia Balita akan meninggal bila tidak diberi pengobatan, yang berarti bahwa tanpa pengobatan akan didapat 250.000 kematian Balita akibat pneumonia setiap tahunnya. Perkiraan angka kematian pneumonia pada Balita secara nasional adalah 5 per 1000 Balita atau sebanyak 140.000 Balita per tahun, atau rata-rata 1 anak Balita Indonesia meninggal akibat pneumonnia setiap 5 menit.(SKRT,2001). Setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA per tahun, ini berarti seorang Balita rata-rata mendapat serangan batuk pilek sebanyak 3 sampai 6 kali per tahun. Sebagai kelompok penyakit, ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien ke sarana kesehatan. Sebanyak 40%-60% kunjungan berobat ke Puskesmas dan 15%-30% kunjungan berobat di bagian rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit disebabkan oleh ISPA.(Ditjen P2PL Depkes,2006)

Di Jawa Timur penderita pneumonia tahun 2005 sebesar 89.410 dengan jumlah penderita yang ditangani sebesar 62.629 (cakupan penanganan 70,05%), sedangkan jumlah penderita tahun 2006 sebanyak 98.050 dengan jumlah penderita ditangani 93.215 (cakupan penanganan 95,07%). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan cakupan penemuan penderita pada tahun 2006 sebanyak 8.640 orang (9,66%) dengan cakupan penanganan sebesar 25,02%. (Bidang P2PL Dinkes Jatim,2006)

Di Kabupaten Trenggalek, jumlah penderita Pneumonia yang ditemukan selama tahun 2008 sebanyak 650 penderita (insidens 1,32%), sedangkan pada tahun 2009 ditemukan penderita sebanyak 716 penderita (insidens 1,43%), proporsi penderita terbanyak pada kelompok umur 1 - 4 tahun yaitu sebanyak 508 penderita (70,95%) sedangkan pada kelompok umur < 1 tahun sebanyak 208 penderita (proporsi 29,05%). Berdasarkan klasifikasi pneumonia, sebanyak 79 penderita dengan klasifikasi pneumonia berat (11,03%) dan klasifikasi Pneumonia sebanyak 637 (88,97%). Selanjutnya berdasarkan tempat asal penderita proporsi terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Rejowinangun (18,16%), Karangan (10,05%), Pogalan (9,92%). (Bidang P2PL Dinkes Kab. Trenggalek, 2008). Sedangkan cakupan rumah tangga sehat dengan 10 indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Kabupaten Trenggalek tahun 2006 masih sangat rendah yaitu baru mencapai 10,15% dari target sebesar 37%.

Atas dasar uraian diatas timbul pertanyaan : mengapa pneumonia masih menjadi penyebab kematian utama pada Balita?; Faktor apa saja yang mempengaruhi timbulnya kejadian penyakit pneumonia pada Balita?. Untuk menjawab pertanyaan tersebut peneliti mencoba ingin mengetahui hubungan

Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita, melalui suatu penelitian yang dilakukan di Kabupaten Trenggalek selama 3 bulan dengan pertimbangan sebagai berikut :

1. Penyakit ISPA merupakan masalah utama kesehatan di Kabupaten Trenggalek (menduduki urutan pertama dari 10 penyakit menonjol di Kabupaten Trenggalek)
2. Di Kabupaten Trenggalek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat masih rendah
3. Di Kabupaten Trenggalek belum pernah dilakukan penelitian yang berkaitan dengan P2 ISPA.
4. Karena keterbatasan waktu diharapkan kasus yang ditemukan dapat mencukupi untuk keperluan penelitian.

B. Perumusan Masalah.

Atas dasar uraian latar belakang tersebut diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini dapat disusun dalam suatu pertanyaan sebagai berikut : Adakah hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita?

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan Umum :

   Untuk menganalisa hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

2. Tujuan khusus :

   a. Untuk mengetahui Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta Gaya Hidup Sehat Rumah Tangga yang mempunyai Balita.

   b. Untuk melakukan analisa hubungan antara Kepadatan hunian dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

c. Untuk melakukan analisa hubungan antara Jenis lantai rumah dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

d. Untuk melakukan analisa hubungan antara Pertolongan Persalinan dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

e. Untuk melakukan analisa hubungan antara pemberian ASI ekslusif dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

f. Untuk menganalisa hubungan antara gaya hidup sehat yang meliputi makan buah dan sayur, melakukan aktifitas fisik setiap hari dan kebiasaan merokok di dalam rumah dengan kejadian pneumonia pada Balita.

D. Manfaat Penelitian.

1. Manfaat Teoritis

Sebagai dasar untuk pengembangan penelitian lain yang lebih spesifik dan mendalam tentang perilaku anggota keluarga Balita dirumah dan kondisi lingkungsn rumah yang secara statistik ada hubungan dengan kejadian pneumonia pada Balita.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat:

Membantu memberikan bimbingan dan pemahaman tentang rumah tangga sehat dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam hubunganya dengan terjadinya penyakit pneumonia pada Balita.

b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek

Hasil penelitian diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan guna menyusun rumusan kebijakan dan strategi dalam

upaya meningkatkan cakupan penemuan penderita Pneumonia dan menurunkan kejadian kematian karena pneumonia.

c. Bagi Pelayanan Profesi Kedokteran

Memberikan gambaran bagi dokter yang bekerja supaya bisa menjelaskan hubungan Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia.

E. HIPOTESIS PENELITIAN

Ada hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian penyakit pneumonia pada Balita.

F. METODOLOGI PENELITIAN

1. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian observasional dengan rancangan penelitian Potong Lintang.

2. LOKASI PENELITIAN.

Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun.

3. POPULASI DAN SAMPEL.

Sebagai populasi pada penelitian ini adalah seluruh Balita yang bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun.

Sampel pada penelitian ini adalah Balita yang menderita pneumonia yang ditemukan di wilayah Puskesmas trenggalek, Pogalan, Karanganyar dan Rejowinangun selama penelitian dilaksanakan (Total Populasi)

4. WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan selama 3 bulan mulai bulan Mei sampai dengan Juli 2010.

5. CARA PENGAMBILAN SUBYEK PENELITIAN.

Dilakukan inventarisasi balita sakit yang datang di poliklinik Puskesmas Trenggalek, Rejowinangun, Pogalan dan Karanganyar, diamati, dilakukan pemeriksaan dan pengukuran untuk penentuan diagnosa. Tatacara pemeriksaan disini mengacu pada prosedur tatalaksana ISPA dari Depkes dengan memperhatikan frekuensi napas, adanya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam serta adanya tanda bahaya seperti wheezing, stridor dan lainya.

6. VARIABEL PENELITIAN

Variabel Bebas yang terdiri dari :

1). Tujuh Indikator PBHS di Rumah Tangga :

a. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
b. Bayi diberi ASI sejak lahir sampai usia 6 bulan
c. Mempunyai jaminan pemeliharaan Kesehatan
d. Ketersediaan air bersih
e. Ketersediaan jamban
f. Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni
g. Lantai rumah bukan dari tanah

2). Tiga Indikator Gaya Hidup Sehat :

a. Makan buah dan sayur setiap hari
b. Melakukan aktifitas fisik setiap hari
c. Tidak merokok di dalam rumah

Variabel terikat (Tergantung) : Kejadian penyakit pneumonia

7. PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA.

Pengolahan data menggunakan tabel 2 x 2, subyek penelitian dikelompokkan menjadi sakit **(ya)** dan tidak sakit **(tidak).**

Diskripsi variabel penelitian.

Diskripsi variabel penelitian dilakukan dengan menyajikan distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti dan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

a. ***Analisis Univariate.***

Untuk mengetahui peranan setiap variabel bebas terhadap risiko terjadinya kesakitan (variabel tergantung) dilakukan analisis dua variabel dengan perhitungan Risiko Relatif (RR) menggunakan program komputer perangkat lunak *SPSS* versi 17

b. Analisis Multivariate

Analisis multivariate dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel bebas terhadap kejadian kesakitan pneumonia (variabel tergantung) dengan menguji sekaligus variabel yang mempunyai kemaknaan statistik pada analisis *univariate,* melalui analisis regresi logistik. Untuk melakukan analisis regresi logistik ini dipergunakan program komputer perangkat lunak *SPSS* 17 *for windows.*

G. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. ANALISA HASIL

Selama penelitian dapat menjaring responden sebanyak 177 orang terdiri dari 88 Balita penderita pneumonia dan 89 Balita sebagai kontrol. Dengan hasil penelitian sebagai berikut :

a. Distribusi karakteristik Responden

Responden terbanyak pada usia 30-55 tahun (64.9%) dan usia < 30 tahunsebesar 34,5% sedangkan yang berusia > 56 tahun hanya 0,6%. Pendidikan responden adalah 0,6% tidak sekolah atau tidak lulus SD, 23,2% berpendidikan SD, 37,9% berpendidikan SMP, 37,7% berpendidikan SMA, dan 1,7% sarjana.

Penghasilan responden < Rp.500.00,- sebesar 15,3%; Penghasilan antara Rp.500.000 – Rp. 1000.000,- sebesar 50,8% dan penghasilan > Rp. 1.000.000,- sebanyak 0,6%.

b. Analisa Diskriptif

Dari Hasil penelitian dapat diketahui bahwa proporsi penderita pneumonia pada Balita yang diberi ASI (52,0%) lebih besar dari pada balita yang tidak diberi ASI (48,0%). Hasil uji statistik OR = 0,57 dan p > 0,001 yang berarti bahwa pemberian ASI eksklusif pada balita tidak mencegah terjadinya pneumonia.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa 89% responden mempunyai lantai rumah dari plester dan hanya 10,9% dari tanah. Hasil uji statistik diperoleh OR=2,4 dan p=0,084, hal ini berarti semakin baik kualitas lantai rumah akan menurunkan kejadian pneumonia pada Balita.

Dapat juga diketahui bahwa 62,2% Balita yang tinggal dirumah dengan luas lantai < 9 M^2 mengalami kejadian pneumonia. sedangkan balita yang tinggal dirumah dengan luas lantai > 9M^2 hanya 45,% yang mengalami kejadian pneumonia. Hasil uji statistik diperoleh OR= 2,0 dan p=0,061, Hal ini menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah denga luas lantai < 9 M^2 mempunyai resiko terkena pneumonia 2 kali lebih besar dibanding balita yang tinggal di rumah dengan luas lantai > 9 m2. Selanjutnya Balita yang tinggal dirumah dengan jumlah kamar > 3 sebanyak 52,0% mengalami kejadian pneumonia, sedangkan yang tinggal dirumah dengan jumlah kamar < 3 sebesar 44,2% yang mengalami kejadian pneumonia. Hal tersebut menunjukan adanya hubungan antara jumlah kamar dengan kejadian pneumonia walaupun dari hasil uji statistik tidak bermakna

(OR= 1,4 dan p = 0,346). Kemudian bila dikaitkan dengan luas jendela diketahui bahwa balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah dengan luas jendelanya <10 M^2 sebesar 57,8%; sedangkan balita yang tinggal di rumah dengan luas lantai > 10 M^2 sebesar 45,0% mengalami kejadian pneumonia. Hasil uji statistik dengan OR=1,9 dan p= 0,042 menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 M^2 mempunyai resiko pneumonia sebesar 1,9 kali dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 10 M^2.

Hasil analisa dan uji statistik terhadap gaya hidup sehat dengan kejadian pneumonia pada balita menunjukkan tidak adanya hubungan antara mengkonsumsi sayur dan buah dengan kejadian pneumonia (OR=1,0 dan p= 0,982) dan antara melakukan aktifitas fisik dengan kejadian pneumonia (OR=0,1 dan p= 0,170).

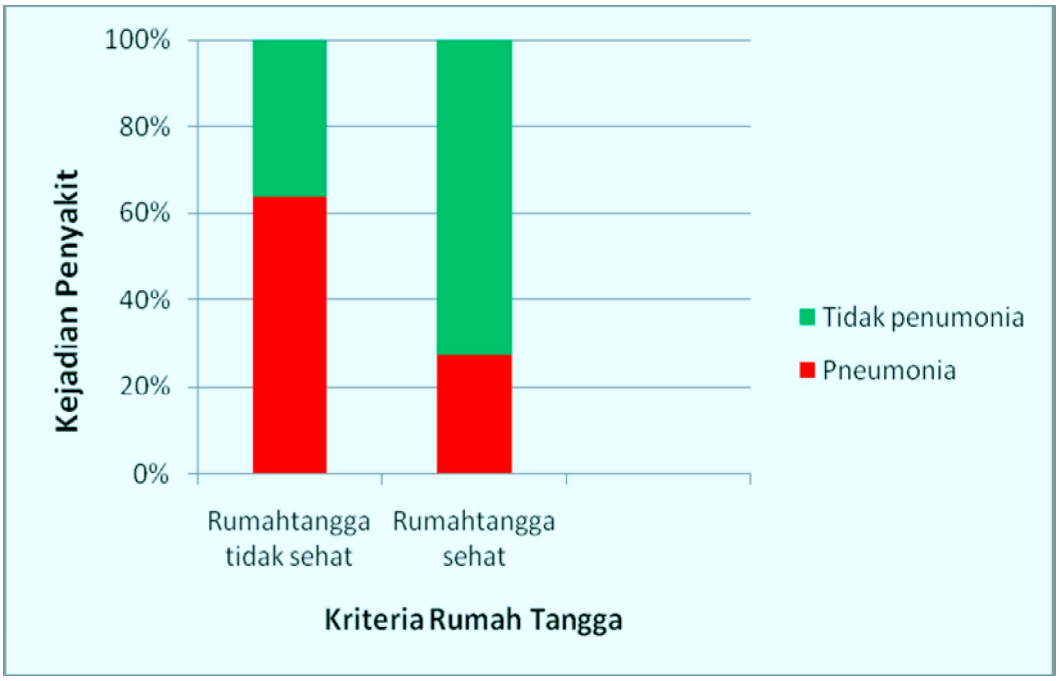
Selanjutnya bila dikaitkan dengan kebiasaan anggota keluarga merokok sebanyak 56,5% responden merokok di dalam rumah dan sebanyak 43,5% responden tidak merokok. Uji statistik diperoleh hasil OR = 4,4 dan p<0,001 yang berarti bahwa balita yang tinggal dirumah dengan anggota keluarganya merokok mempunyai resiko mengalami pneumonia sebesar 4,4 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah dengan anggota keluarganya tidak merokok.

Secara rinci distribusi frekuensi kejadian pneumonia menurut gaya hidup sehat dapat dilihat pada tabel berikut :

Kajian terhadap rumah tangga sehat menunjukkan bahwa sebagian besar (63,9%) penderita pneumonia tinggal di rumah tangga yang tidak sehat, sedangkan penderita pneumonia yang tinggal di rumah tangga sehat sebesar

27,5%. Hasil uji statistic menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia (OR = 4,6 dan p < 0,001), artinya balita yang tinggal di rumah tangga tidak sehat mempunyai resiko 4,6 kali untuk terkena pneumonia.

c. Hasil Analisis Hubungan Rumah Tangga Sehat dengan Kejadian Pneumonia



GAMBAR 4. 1 : Proporsi Kejadian Pneumonia pada Balita di Rumah Tangga Sehat dan Rumah Tangga Tidak Sehat.

Dari gambar tersebut diatas menunjukkan bahwa kejadian pneumonia pada Balita lebih besar terjadi pada rumah tangga yang tidak sehat (Proporsi = 65%) dibanding dengan kejadian pneumonia pada rumah tangga yang sehat (Proporsi = 28%) dengan ratio ± 2,5 : 1 yang berarti bahwa balita yang tinggal di rumah tangga yang tidak sehat mempunyai resiko 2,5 kali lebih besar untuk terkena pneumonia dari pada balita yang tinggal di rumah tangga yang sehat.

d. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda.

Analisis regresi logistik ganda tentang hubungan antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia pada balita diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel :1. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda

Variabel	Model 1 *(Crude analysis)*				Model 2 *(Adjusted analysis)*			
	OR	p	Batas bawah	Batas atas	OR	p	Batas bawah	Batas atas
Rumah tangga tidak sehat	4.7	<0.001	2.4	8.9	6.8	<0.001	3.2	14.3
SMA/PT	-	-	-	-	0.9	0.875	0.5	1.9
ASI eksklusif	-	-	-	-	0.2	0.003	0.1	0.6
Perempuan	-	-	-	-	1.9	0.070	0.9	4.1
Umur (≥ 33bulan)	-	-	-	-	1.3	0.484	0.6	2.6
Penghasilan (>Rp 1juta)	-	-	-	-	0.9	0.757	0.4	1.8
N observasi	177				177			
-2 Loglikelihood	222.5				210.7			
Nagelkerke R2	16.2%				23.7%			

Hasil analisis pada tabel 1 tersebut diatas menunjukkan perbedaan hasil taksiran besarnya hubungan (OR) antara rumah tangga sehat dengan kejadian pneumonia pada balita, antara model 1 (*crude analysis*, tanpa mengendalikan faktor perancu pendidikan, ASI eksklusif, jenis kelamin, umur anak, dan penghasilan) dan model 2 (*adjusted analysis*, mengendalikan faktor perancu). Besarnya bias = ((4-7-6,8)/4.7)*100%= -44.7%. Jadi terdapat bias >10-20% dengan tanda negatif yang artinya taksiran hubungan yang lebih kecil dari sesungguhnya *(underestimate).* Karena itu model yang digunakan adalah model 2 *(adjusted analysis).*

Dengan model 2 ditunjukkan OR=6.8. Artinya, anak balita yang tinggal dengan rumahtangga tidak sehat memiliki risiko untuk mengalami pneumonia 6.8 kali lebih besar daripada anak balita yang tinggal dengan rumah tangga sehat. Peningkatan risiko tersebut secara statistik signifikan (OR=6.8; p<0.001; CI95% 3.2 sd 14.3). CI95% 3.2 sd 14.3 mengandung arti, dengan tingkat keyakinan 95% dapat disimpulkan, anak balita yang tinggal dengan rumah tangga tidak sehat memiliki risiko untuk mengalami pnumonia antara 3.2 hingga 14.3 kali lebih besar daripada anak balita yang tinggal dengan rumah tangga sehat.

Nagelkerke R2= 23.7% mengandung arti, model regresi logistik yang memuat variabel rumah tangga sehat, pendidikan, ASI eksklusif, jenis kelamin, umur anak, dan penghasilan, secara bersama-sama mampu menjelaskan variasi terjadinya penumonia sebesar 23.7%.

b. PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di tiga wilayah Kecamatan di Kabupaten Trenggalek yaitu Kecamatan Trenggalek, Pogalan dan Gandusari yang meliputi empat Puskesmas yaitu Trenggalek, Rejowinangun, Pogalan dan Karanganyar. Penderita yang diteliti diambil dari penderita yang diperiksa di Puskesmas, Pustu dan Polindes, karena semuanya sudah mempunyai alat Ari Timer yang merupakan alat untuk mengukur frekuensi sebagai gold standart diagnosa pneumonia.

Dari penelitian yang dilakukan selama 3 bulan (Mei sampai Juli 2010) di Puskesmas Trenggalek ditemukan 14 penderita, Puskesmas Rejowinangun 37 penderita, Puskesmas Pogalan 24 penderita dan Puskesmas Karanganyar 13 penderita.

Penelitian ini untuk menguji ada tidaknya hubungan antara Rumah Tangga Sehat dengan kejadian Pneumonia pada Balita. Jumlah responden dalam penelitian ini ada 177 balita yang terdiri dari 88 balita penderita pneumonia dan 89 balita sehat sebagai kontrol, yang diambil dari balita di sekitar rumah penderita dengan selisih umur tidak lebih dari satu tahun.

Analisis diskriptif dilakukan terhadap indikator rumah tangga sehat yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita antara lain : Pertolongan persalinan, ASI eksklusif, Bahan bakar untuk masak, kebiasaan merokok, jenis lantai, Luas lantai, jumlah kamar, luas jendela serta gaya hidup (konsumsi sayur dan buah, aktifitas fisik).

Hasil analisis terhadap pertolongan persalinan tidak dapat memberikan hasil sehingga tidak dapat diinterpretasikan kedalam populasi karena terdapat sel yang nilainya nol.

Untuk analisis pemberian ASI eksklusif ternyata menunjukkan adanya perbedaan proporsi antara yang diberi ASI eksklusif dan yang tidak diberi ASI eksklusif namun hasilnya protektif dan secara statistik tidak bermakna (OR=0,57 dan p=0,165). Hal ini berarti bahwa pemberian ASI eksklusif tidak mempengaruhi terhadap kejadian pneumonia pada balita. Hasil tersebut tidak sesuai dengan pedoman program pemberian ASI eksklusif dari Departemen kesehatan dimana pemberian ASI sampai usia 6 bulan dapat meningkatkan daya tahan tubuh balita. Hal ini dimungkinkan karena pada penelitian ini tidak mengkaji lebih jauh tentang lama pemberian ASI eksklusif sehingga merupakan kelemahan dari penelitian ini yang harus diperbaiki dalam penelitian yang lain.

Analisis terhadap kebiasaan merokok dari anggota keluarga dalam satu bulan terakhir menunjukkan bahwa proporsi anggota keluarga yang merokok

dirumah sebanyak 56,5%, sedangkan 43,5% lainya tidak merokok. Hasil uji statistik diperoleh hasil yang bermakna dimana OR = 4,4 dan p<0,001, yang berarti bahwa balita yang tinggal dirumah dengan anggota keluarganya merokok dalam satu bulan terakhir mempunyai resiko mengalami pneumonia 4,4 kali lebih besar dibandingkan balita yang tinggal di rumah yang anggota keluarganya tidak merokok dalam satu bulan terakhir. Hal ini berarti bahwa asap rokok merupakan faktor resiko terjadinya pneumonia pada balita.

Selanjutnya hasil analisis terhadap jenis lantai menunjukkan bahwa adanya hubungan antara jenis lantai tanah dan plester dengan kejadian pneumonia walaupun secara statistik tidak bermakna (OR = 2,4 dan p = 0,082). Hal ini berarti balita yang tinggal di rumah yang berlantai tanah mempunyai resiko 2,4 kali mengalami kejadian pneumonia dari pada tinggal dirumah yang lantainya kedap air (plester/keramik). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lubis tahun 1985 yang menyatakan bahwa jenis lantai setengah plester dan tanah akan banyak mempengaruhi kelembaban rumah, dan hasil pengukuran kelembaban rumah menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan kejadian pneumonia.

Hasil analisis terhadap luas lantai rumah menunjukkan bahwa proporsi balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m^2 sebesar 62,2% sedangkan yang rumahnya lebih dari 9M2 proporsi kejadian pneumonia sebesar 45,0%. Hasil uji statistik diperoleh OR= 2,0 dan p<0,061, Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang tidak bermakna antara luas rumah dengan kejadian pneumonia pada balita, dimana balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya kurang dari 9 m2 mempunyai resiko terkena pneumonia sebesar 2 kali lebih besar dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 9 m2. Kemudian bila

dikaitkan dengan jumlah kamar yang dimiliki oleh keluarga diketahui bahwa proporsi responden yang mempunyai jumlah kamar lebih dari 3 sebanyak 70,6% dengan kejadian pneumonia sebesar 52,0%, sedangkan yang memiliki jumlah kamar kurang dari 3 sebesar 29,4% dengan kejadian pneumonia sebesar 44,2%, hal tersebut menunjukan adanya hubungan antara jumlah kamar dengan kejadian pneumonia walaupun dengan hasil uji statistik tidak bermakna (OR= 1,4 dan p =0,346). Selanjutnya bila dikaitkan dengan luas jendela diketahui bahwa proporsi balita yang mengalami kejajian pneumonia pada rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 lebih sebesar 57,8%, sedangkan proporsi balita yang mengalami kejadian pneumonia pada rumah yang luas jendelanya lebih dari 10 m2 sebesar 45,0%. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara luas jendela dengan kejadian pneumonia dimana OR=1,9 dan p=0,042. Hal ini menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang luas jendelanya kurang dari 10 m2 mempunyai resiko pneumonia sebesar 1,9 kali dibanding balita yang tinggal di rumah yang luas lantainya lebih dari 10 m2 sehingga luas jendela merupakan faktor terhadap terjadinya pneumonia pada balita.

Berdasarkan analisa terhadap gaya hidup sehat dengan kejadian pneumonia pada balita menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengkonsumsi sayur dan buah (92,1%) juga melakukan aktifitas fisik (94,9%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara mengkonsumsi sayur dan buah dengan kejadian pneumonia (OR=1,0 dan p=0,982) dan antara melakukan aktifitas fisik dengan kejadian pneumonia (OR=0,1 dan p=0,170), sehingga gaya hidup bukan merupakan faktor resiko terjadinya pneumonia pada balita.

Selanjutnya analisis statistik dilakukan terhadap Rumah Tangga Sehat dengan kejadian pneumonia pada balita dengan hasil ada hubungan yang bermakna secara statistik (OR = 6,8 ; p < 0,001 ; CI95% 3,2 – 14,3). Hal ini membuktikan bahwa Rumah Tangga yang tidak sehat akan meningkatkan kejadian pneumonia pada balita, yang mana pada balita yang tinggal di rumah tangga tidak sehat kejadian pneumonia meningkat 6,8 kali dibandingkan balita yang tinggal di rumah tangga yang sehat.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Kirk R Smith (2000) dalam sebuah artikel di buletin Thorax di Amerika Serikat yang berjudul ” *Indoor air pollution in developing countries and acut lower respiratory infections in children”* dengan hasil penelitian adalah pada kenyataannya adanya polusi di dalam rumah akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran pernafasan akut pada anak-anak.

Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Imran Lubis dari Pusat Penelitian Penyakit Menular Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1990) dengan judul ” Pengaruh Lingkungan terhadap Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)”, dengan hasil penelitian keadaan lingkungan dapat mempengaruhi episode ISPA pada anak. Pengaruh lingkungan yang menyolok adalah polusi udara, termasuk asap rokok dan asap dapur. Selain itu perlu diperhatikan juga tentang ventilasi rumah dan kepadatan hunian di dalam rumah.

Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Aini N.Y yang dimuat dalam Jurnal Kesehatan Lingkungan (Januari 2005) yang berjudul ” Hubungan sanitasi Rumah secara fisik dengan Kejadian ISPA pada Balita”, yang menyimpulkan resiko kejadian ISPA akan meningkat pada Balita yang

tinggal di rumah dengan sanitasi yang jelek, yang mana sanitasi rumah yang bagus harus memenuhi syarat rumah sehat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Blum yang mengatakan terjadinya penyakit oleh adanya interaksi dinamis antara faktor : 1. Lingkungan (fisik, biologik, sosio-kultural), 2. Perilaku (sikap, gaya hidup), 3. Herediter (genetik, pertumbahan penduduk, penyebaran penduduk) dan 4. Pelayanan kesehatan. Hasil analisis pada penelitian ini menunjukkan bahwa rumah tangga yang tidak sehat mempengaruhi kejadian pneumonia, dimana untuk menentukan kriteria rumah tangga sehat memakai tujuh indikator PHBS dan tiga gaya hidup sehat yang didalamnya tercakup kondisi lingkungan rumah tempat tinggal. Selain itu juga sesuai dengan teori *"The epidemiologic Triangel"* yang mengatakan terjadinya suatu penyakit akibat interaksi tiga faktor, yaitu: Host, Agent, dan Environment. Model ini sesuai untuk menggambarkan perjalanan penyakit infeksi termasuk pneumonia

H. KESIMPULAN DAN SARAN

1.Kesimpulan

a. Rumah tangga sehat mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kejadian pneumonia pada balita dimana balita yang tinggal di rumah tangga yang tidak sehat mempunyai resiko 6,8 kali lebih besar untuk mengalami kejadian pneumonia (OR=6,8; p< 0,001)
b. Variabel rumah tangga sehat yang berpengaruh terhadap kejadian pneumonia pada balita meliputi : Kebiasaan merokok dirumah, Luas lantai dan Luas jendela.

2.Saran

1. Perlu dilakukan upaya promosi dan perbaikan terhadap kualitas rumah melalui kegiatan stimulasi maupun melalui pemberdayaan masyarakat.

2. Intensifikasi promosi bahaya rokok bagi kesehatan terutama bagi balita dan anggota keluarga yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah, Abdullah, Owayed,M.D., Douglas M. et al, 2000 : Underlying Causes of Recurrent Pneumonia in Children, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, Vol 154 no.2 , Feb 2000, Toronto.

Amin, M., Alsagaf, H. dan Saleh, T.W.B.M., 2003. Pengantar Ilmu Penyakit Paru, Airlangga University Press. 1-2:35-50.

Behrman, Richard E., Robert M. Kliegman, Ann M., Arvin., 2000, Ilmu Kesehatan Anak Nelson, Vol 2. hal 883-888, Jakarta, EGC.

Bruce N.,Weber M., et al, 2007, Pneumonia case finding- in the Respire Guatemala in door air pollution trial: Standardizing methods for resorce-poor settings, Bull WHO Organ, 85(7);535-44.Pubmed

Dinas kesehatan Kabupaten Trenggalek,2006, Bidang Pemberantasan Penyakit Menular, Laporan Tahunan Bidang P2 tahun 2005,Trenggalek.

Dinas kesehatan Kabupaten Trenggalek,2007, Bidang Pemberantasan Penyakit Menular, Laporan Tahunan Bidang P2 tahun 2006,Trenggalek.

Dinas kesehatan Propinsi Jawa Timur,2008, Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2007, Surabaya.

Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral PPM & PL,; 2005, Rencana Kerja Jangka menengah Nasional penanggulangan pneumonia Balita tahun 2005 – 2009, Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Direktorat Jendral PPM & PL,; Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Pusat Promosi Kesehatan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga. Jakarta.

Departemen Kesehatan, 2006, Pusat Promosi Kesehatan, Panduan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga Melalui Tim Penggerak PKK. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2008, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Modul 1-7, Jakarta.

Erderm I., Ozgultekin et al, 2008, Incidence, Etiologi and Antibiotic Resistence Patterns of gram negatif microorgamism Isolated from patient with ventilator assosiated pneumonia in medical – surgical intensive care Unit of a teaching hospital in Istambul Turkey (2004 – 2006).

Graham NM.,1990, The epidemiology of acut respiratory infections in children and adults: a global perspective, Epidemiol Rev; 12:149-78, Pubmed.

Lubis I., Sumantri A., Lubis, Z. , S.dan Moechlas : Pola Pengobatan dan Faktor Resiko Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada Bayi dan Balita SKRT 2002, Jakarta.

Langley, Joanne MD; Bradley, John S.MD.;2005 : Defining Pneumonia in Critically Ill Infants and Children, Pediatric Critical Care Medicine.

Kaplan et al, 2006, Recurrent Pneumonia in Children a case Report an Approach to Diagnosis, Clinic Pediatric 45 : 15 – 22.

Murti B., 2006, Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan, Gadjah Mada University Press, Jogjakarta.

Aini N..Y. dan Suryani L, : Hubungan Sanitasi Rumah secara fisik dengan Kejadian ISPA pada Balita, Jurnal Kesehatan Lingkungan Vol.1, No. 2, Januari 2005.

Review the symtomps,diagnosis and treatmen of pneumonia in children, April 2007, www.pediatrics.abaut.com/od/childhoodin.

Riwidikdo H.,2008, Statistik Kesehatan,Mitra Cedikia Press, Yogjakarta.

Rizanda M, 2007 : Pneumonia Balita di Indonesia, University Andalas Press. Makasar.

Igor R.,et al, Mei 2008, Epidemiology and Etiology of Chielhood Pneumonia, Journal list,Bulletin WHO.

Sacarial J.,Nhacolo AQ., et al, 2009, A 10 year study of the cause of death in children under 15 years in Manhica, Mozambique. BMC Public Health, Feb 24;9;67.

Sharma S., Sethi GR., et al, 1998, Indoor air quality and acute lower respiratory infection in Indian urban slums, Environ Health Perspect, May ;106(5);291-7.

Smith KR.,Samuel JM., Romieu I., Bruce N, In door air pollution in developing countries and acut lower infections in children, Thorax, Jun;55(6):518-32, Pubmed.

Karalanglin T., et al, 2009, Factors Determining The Outcome Of Chieldren Hospitalized with severe Pneumonia, Journal list BMC Pediatric.

Tim PMPT-IDAI, 1998, Buku Pedoman Pendidikan Medik Pediatrik Terpadu (PMPT) Buku Pedoman II Pengobatan anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun.

Undang-Undang No. 25 Th 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Thn 2000 – 2004, Sinar Grafika, 2000.